



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE ENFERMERÍA

**TESIS PREVIA LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN
ENFERMERÍA**

TEMA: Causas de partos pretérminos en pacientes atendidas en el Hospital Delfina
Torres de Concha, Esmeraldas 2017

AUTORA: Jessica Anabel Antamba Morales
DIRECTORA DE TESIS: MSc. Rocío Castillo Andrade

IBARRA – ECUADOR

2018

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS

En calidad de Directora de la tesis de grado titulada **“CAUSAS DE PARTOS PRETÉRMINOS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, ESMERALDAS 2017.”**, de autoría de JESSICA ANABEL ANTAMBA MORALES, para la obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 22 días del mes de enero de 2018

Lo certifico

(Firma).....

MSc. Rocío Castillo Andrade

C.C.: 1001685195

DIRECTORA DE TESIS



UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE
BIBLIOTECA UNIVERSITARIA
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA
UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la universidad. Por medio del presente documento dejo sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO	
Cédula de identidad:	172545264-1
Apellidos y nombres:	Antamba Morales Jessica Anabel
Dirección:	Calles sucre – Sector Cuatro Esquinas
Email:	jessicaantamba92@gmail.com
Teléfono fijo:	062 919 -014
Teléfono móvil:	0989474639
DATOS DE LA OBRA	
Título:	“CAUSAS DE PARTOS PRETÉRMINOS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, ESMERALDAS 2017.”
Autor:	Antamba Morales Jessica Anabel
Fecha:	2018-01-22
Solo para trabajos de grado	
Programa:	Pregrado
Título por el que opta:	Licenciado en enfermería
Directora:	MSc. Rocío Castillo Andrade

2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD

Yo, Antamba Morales Jessica Anabel, con cédula de ciudadanía Nro. **172545264-1**; en calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con Ley de Educación Superior Artículo 144.

3. CONSTANCIAS

El autor manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y es el titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 22 días del mes de enero de 2018

LA AUTORA:

(Firma).....

Antamba Morales Jessica Anabel

C.I.: 172545264-1



ACEPTACIÓN:

Facultado por resolución de Consejo Universitario

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

**CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A
FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.**

Yo, **Antamba Morales Jessica Anabel**, con cédula de ciudadanía Nro. **172545264-1**; manifiesto la voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de propiedad intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor de la obra o trabajo de grado denominado **“CAUSAS DE PARTOS PRETÉRMINOS EN PACIENTES ATENDIDAS EN EL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CONCHA, ESMERALDAS 2017.”**, que ha sido desarrollado para optar por el título de licenciatura en enfermería en la Universidad Técnica del Norte, quedando la universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

En la ciudad de Ibarra, a los 22 días del mes de enero de 2018

LA AUTORA:

(Firma).....

Antamba Morales Jessica Anabel

C.I.: 172545264-1

REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

Guía: FF CC S -UTN

Fecha: Ibarra, 22 de enero de 2018

Jessica Anabel Antamba Morales "Causas De Partos Pretérminos En Pacientes Atendidas En El Hospital Delfina Torres De Concha, Esmeraldas 2017." / TRABAJO DE GRADO. Licenciada en Enfermería. Universidad Técnica del Norte. Ibarra, 22 enero 2018. 97 pp. anexos.

DIRECTORA: MSc. Rocío Castillo Andrade

El principal objetivo de la presente investigación fue, Categorizar las causas de partos pre términos en pacientes atendidas en el Hospital Delfina Torres De Concha, Esmeraldas. Entre los objetivos específicos se encuentran: Describir las condiciones gineco - obstétricas de las gestantes incluidas en la muestra objeto de la investigación.

Fecha: Ibarra, a los 22 días del mes de enero de 2018

Firma).....

MSc. Rocío Castillo Andrade

Directora de Tesis

(Firma).....

Antamba Morales Jessica Anabel

Autora

DEDICATORIA

Con amor y respeto dedico el presente trabajo a Dios que me ha dado la sabiduría para seguir adelante y por haberme dado la fuerza para sobrellevar y enfrentar todos los obstáculos presentados durante mi trayecto.

A mis padres quienes me apoyaron incondicionalmente y a sus buenos consejos que me han sabido orientar hacia los buenos principios y por depositar la confianza en mí para que el día de hoy cumpla un objetivo en mi vida.

A mis maestros por compartirme sus conocimientos, y fundamentalmente sus lecciones de vida.

A mis verdaderos amigos por acompañarme en los momentos difíciles, sin duda nuestra amistad se ha fortalecido.

Jessica Anabela Antamba Morales

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haber dado la fortaleza y sabiduría de poder culminar mi carrera de enfermería, también a quienes con amor supieron guiarme y brindarme consejos que no dé dejaron de confiar en mí a lo largo de mi formación académica.

A mis padres porque ellos fueron mi pilar fundamental para construir mi vida profesional ya que, con su sacrificio, se mantuvieron de pie para que lograra culminar esta etapa profesional, quienes sentaron en mí las bases de responsabilidad y deseos de superación y que me han capacitado para tener un mejor futuro.

Jessica Anabela Antamba Morales

ÍNDICE GENERAL

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE	iii
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE.....	iv
REGISTRO BIBLIOGRÁFICO	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	viii
ÍNDICE GENERAL.....	ix
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	xii
RESUMEN.....	xiii
SUMMARY	xiv
TEMA:	xv
CAPÍTULO I.....	1
1. Problema de la Investigación	1
1.1. Planteamiento del Problema	1
1.2. Formulación del Problema.....	3
1.3. Justificación	4
1.3. Objetivos.....	5
1.4.1. Objetivo General	5
1.4.2. Objetivos Específicos.....	5
1.5. Preguntas de la Investigación	6
CAPÍTULO II	7
2. Marco Teórico	7
2.1. Marco referencial.....	7
2.1.1. Causas asociadas con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago	7
2.1.2. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro.	8

2.1.3. Parto prematuro con enfoques presentes en la producción científica nacional e internacional.....	8
2.1.4. Repercusión del parto pre termino en la morbilidad y mortalidad perinatales.	9
2.1.5. Causas de parto pretérmino en un hospital Nacional Sergio E. Bernales en Lima-Perú.....	9
2.2. Marco Contextual	10
2.3. Marco Conceptual.....	11
2.3.1. Parto prematuro.....	11
2.3.2. Infecciones maternas en el periparto.....	14
2.3.3. Trastornos hipertensivos del embarazo	14
2.3.4. Trastornos metabólicos	20
2.3.5. Síndrome antifolipídico y embarazo.....	24
2.3.6. Trastornos hemorrágicos.....	26
2.3.7. Infecciones vaginales	29
2.3.8. Infecciones genitourinarias	32
2.3.9. Infecciones de transmisión sexual.....	34
2.3.10. Patologías de líquido amniótico	37
2.3.11. Otras causas maternas	39
2.3.12. Patologías neonatales	42
2.4. Marco Legal.....	44
2.4.1. Constitución de la República del Ecuador:	44
2.4.2. Código de la niñez y adolescencia	45
2.4.3. Plan nacional del buen vivir y objetivos del milenio	46
2.4.4. Estrategias de alarma materna.....	46
2.4.5. Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia:.....	47
2.5. Marco Ético.....	47
2.5.1. Código Deontológico del CIE par la profesión de enfermería.....	47
2.5.2. Ley de ejercicio profesional de enfermeras y enfermeros del Ecuador:	48
CAPÍTULO III.....	51
3. Metodología de la investigación.....	51
3.1. Diseño de la investigación	51

3.2. Tipo de la investigación.....	51
3.3. Localización y ubicación del estudio.....	52
3.4. Población.	52
3.4.1. Universo y muestra	52
3.4.2. Criterios de inclusión.	52
3.4.3. Criterios de exclusión.....	52
3.5. Operacionalización de variables.	53
3.6. Método de recolección de datos.....	56
3.7. Análisis de datos.	56
CAPÍTULO IV.....	57
4. Resultados de la Investigación	57
4.1. Características socio demográficas.....	57
4.2. Condiciones gineco - obstétricas de las gestantes en estudio	59
4.3. Diagnósticos de ingreso o iniciales y egreso	61
CAPÍTULO V	65
5. Conclusiones y Recomendaciones	65
5.1. Conclusiones.....	65
5.2 Recomendaciones	66
BIBLIOGRAFÍA	67
ANEXOS	78
Anexo 1. Ficha de recolección de datos	78
Anexo 2 Archivo fotográfico.....	79

ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS

Gráfico 1. Sociodemográficas.....	57
Tabla 1. Antecedentes Gineco – Obstétricos	59
Tabla 2. Patologías de ingreso o iniciales	61
Tabla 3. Diagnósticos de egreso.....	63
Tabla 4. Intervenciones de culminación de los embarazos	64

“CAUSA DE PARTOS PRETÉRMINOS ATENDIDOS EN EL HOSPITAL DELFINA TORRES DE CANCHA, ESMERALDAS, 2017”

AUTORA: Jessica Anabel Antamba Morales

DIRECTORA: MSc. Rocío Castillo Andrade

Correo: jessicaantamba92@gmail.com

RESUMEN

El parto pretermino o prematuro es el que se produce después de la semana 22 y antes de las 37 semanas de gestación y se la ha considerado que esta ha generado un gran impacto materno neonatal en cuanto respecta a la morbilidad y mortalidad materno involucrando la atención por parte de todo el equipo de salud la investigación de este problema tiene un diseño bimodal ya que es cuali – cuantitativa y no experimental su tipo de investigación es descriptiva, observacional, documental y transversal, tiene como finalidad conocer las características. El objetivo principal fue categorizar las causas de partos pretérminos en pacientes atendidas en el Hospital Delfina Torres de Concha, Esmeraldas; el método para la recolección de datos se utilizó una ficha de recolección de datos mismos que fueron tomados de la historia clínica, los resultados obtenido serán ingresados en Excel para su tabulación y posterior análisis como resultados obtenidos se evidencia en la características sociodemográficas el parto pretermino se presenta con mayor prevalencia en gestantes de etnia afro ecuatoriana en edades de 19 a 25 años de edad, entre los diagnósticos de ingreso y egreso se evidencio que más de la mitad de la población padecieron de trastornos hipertensivos seguidos de las enfermedades de transmisión sexual que afecta a un 31% de la población estas son las que más representación tienen en la población Esmeraldeña, los contenidos de la guía de prevención pretende aportar conocimientos sobre la importancia de cumplir con el control prenatal, a la vez también reconocer los principales signos de alarma de peligro durante el embarazo.

Palabras clave: Parto pretermino, causas maternas, causas fetales.

“CAUSE OF PRETERM DELIVERIES ATTENDED AT DELFINA TORRES DE CONCHA HOSPITAL, ESMERALDAS, 2017”

AUTHOR: Jessica Anabel Antamba Morales

DIRECTOR: MSc. Rocío Castillo Andrade

Email: jessicaantamba92@gmail.com

SUMMARY

Preterm or premature delivery is the one that occurs after week 22 and before 37 weeks of gestation and has been considered to have generated a great maternal and neonatal impact in terms of maternal morbidity and mortality involving attention by part of the whole health team the investigation of this problem has a bimodal design since it is qualitative - quantitative and not experimental. Its type of research is descriptive, observational, documentary and transversal, its purpose is to know the characteristics. The main objective was to categorize the causes of preterm births in patients treated at the Hospital Delfina Torres De Concha, Esmeraldas; the method for data collection was used a data collection card that were taken from the clinical history, the results obtained will be entered in Excel for tabulation and subsequent analysis as results are evident in the sociodemographic characteristics of preterm delivery presents with greater prevalence in pregnant women of African-Ecuadorian ethnicity in ages of 19 to 25 years of age, between the diagnoses of admission and discharge it was evidenced that more than half of the population suffered from hypertensive disorders followed by sexually transmitted diseases that affects At 31% of the population, these are the ones that have the most representation in the Esmeraldeña population. The contents of the prevention guide aim to provide knowledge on the importance of complying with prenatal control, while at the same time recognizing the main warning signs of danger during pregnancy.

Key words: Preterm labor, cause maternal, fetal causes

TEMA:

Causas de partos pretérminos en pacientes atendidas en el Hospital Delfina Torres De Concha Esmeraldas, 2017.

CAPÍTULO I

1. Problema de la Investigación

1.1. Planteamiento del Problema

Datos emitidos por la organización mundial de la salud refiere que cada año nacen 15 millones de niños prematuros, en países de bajo ingreso con el 12% y alto ingresos el 9%, en la actualidad van aumentando, también son la primera causa de defunción de durante los primero 5 años de vida del recién nacido mismos que han provocado la muerte de un millón de recién nacidos durante el 2015, en los 184 países que se ha realizado estudios los partos pretérminos se evidencia el 5% al 18%, es decir más de un nacimiento cada diez embarazos y los ha clasificado a los recién nacidos prematuros en: prematuro extremo que sucede antes de las 28 semanas de gestación, muy prematuros dentro de las 28 a 32 semanas, prematuros tardíos de 32 a 37 semanas, el parto puede presentarse de manera espontánea o inducida por razones médicas, los recién nacidos prematuros sobre viven pero con alguna discapacidad relacionadas al aprendizaje, problemas visuales y auditivos, entre las causas maternas más usuales son el embarazo múltiple, mujer añosa, tratamiento contra la infecundidad, infecciones del tracto urinario, vaginales, enfermedades crónico degenerativas como es la diabetes y la hipertensión así como también la influencia genética (1). También refiere que en el 2005 América latina y el Caribe corresponden al 0,9% millones siendo la más baja, la tasa más elevada se encuentra en África y Asia con 11 millones mismo que corresponde al 85% (2).

Los partos pretérmino representan en la actualidad una cifra de 75% de mortalidad neonatal ya que a nivel de Latinoamérica y el Caribe nacen alrededor de 12 millones de niños, el parto pretérmino resulta de un trabajo de parto espontaneo con un 50% seguido de la ruptura de membranas ovulares que ocupa cifras de 30% mientras que el 20% hace referencia a complicaciones maternas y fetales, ala ves consideran que las

infecciones de transmisión sexual son las causantes en un 95% al igual que la vaginosis bacteriana (3). Los nacimientos prematuros por cada 100 nacimientos que se presentaron en el 2010 en Costa Rica , El Salvador, Honduras con el 13,6%, Uruguay el 10,1% , Nicaragua, Brasil, Bolivia el 9,3%, Colombia, Panamá, Venezuela, Argentina el 8,8%, Paraguay, Guatemala, Perú, México, Chile el 7,8% se las ha considerado que tiene una tasa elevada en la presencia de partos pretérminos mientras que Cuba el 6,4% y Ecuador el 5,1% son los países que tienen la tasa más baja, La mayoría de los partos se producen espontáneamente y otros inducidos por razones médicas, pero es esencial entender que si no es tratada a tiempo esta es perjudicial para la madre y el feto, entre las causas más comunes identificados para la presencia del parto pretérmino se encuentran antecedentes prematuros previos, edad materna menores de 20 años y mayores de 35 años, periodo intergenésico corto, anemia, obesidad, embarazo múltiple, patologías infecciosas de la madre como infección del tracto genitourinario, vaginosis bacteriana, sífilis, VIH, corioamnionitis, patologías uterinas causada por infecciones recurrentes, consumo de hábitos nocivos entre otras la enfermedad periodontal (4), (5), (6).

En Ecuador la maternidad suburbio de Guayaquil refiere que el 10% de los prematuros corresponden a prematuros complicados, el 60% son prematuros leves y el 30%, son prematuros moderado (7). El Hospital Delfina Torres de Concha revela que tres de cada diez gestantes son adolescentes entre 11 y 19 años de edad, mismas que experimentan ser madres y otras de 14 años ya experimentan su segundo parto, el 40% de los partos pretérmino corresponden a embarazos en adolescentes (8). El 5.1% de los bebés es prematuros en el país, refiere el Director de la Maternidad Isidro Ayora de Quito, que día a día se atiende de 30 a 40 partos, de los cuales 5 son partos prematuro por causas asociadas a estado socio económico, historial médica y obstétrica, hábitos durante el embarazo, edad temprana y añosa nivel nutricional, otras patologías asociadas son el retardo de crecimiento intrauterino, las malformaciones uterinas, antecedentes de partos prematuros, incompetencia cervical, presencia de miomas uterinos grandes. Hábitos durante el embarazo como actividades laborales que supongan un stress psicológico o actividades físicas esforzadas, consumo de drogas como cigarrillo, entre otras causa que también lo puede desencadenar son infección

urinarias, preeclampsia, hipertiroidismo, cardiopatías, diabetes, colestasis gravídica, hepatitis, anemia, cirugía abdominal realizada durante los seis meses del embarazo, gestación por reproducción asistida por la elevada frecuencia de embarazos múltiples la cual oscila entre un 30 y 50%, abundancia de líquido amniótico, hemorragias antes del parto, placenta previa o desprendimiento de la placenta, infecciones uterinas responsable de un 25% infecciones del tracto genital por microorganismos como: *clamydia trachomatis*, *ureaplasma urealiticum*, *Streptococos* del grupo B, *Gardnerella vaginalis*, *Trichomona vaginalis* (9).

Es así que el personal de enfermería debe tener conocimientos científicos en el ámbito educacional en lo que corresponde al primer nivel de atención mismo que también debe involucrarse en el campo de la Ginecología – obstetricia teniendo conocimiento sobre los cuidados que se debe brindar a la madre antes, durante y después del embarazo, en el proceso del parto y cuidados en un recién nacido pretérmino por lo mismo con esta investigación se pretende identificar las causas y elaborar una guía de prevención para las madres gestantes que acuden al control del embarazo.

1.2. Formulación del Problema

¿Cuáles son las causas de partos pre términos en pacientes atendidas en el Hospital Delfina Torres De Concha Esmeraldas?

1.3. Justificación

En el Hospital Delfina Torres De Concha, se ha observado una gran demanda de gestantes que ingresan con patologías del embarazo mismas que se desencadenan en un parto pretérmino, hoy en día es uno de los acontecimientos obstétricos de mayor importancia ya que tiene un gran impacto en la salud materno fetal, de la misma manera siendo responsable de una gran morbilidad neonatal y causante de la prematuridad, por otro lado al presentarse este problema producirá un sin número de complicaciones para el neonato y la madre ya que existen secuelas a corto y largo plazo en cuanto a morbilidad y discapacidad.

El gran impacto que se ha generado en la morbilidad - mortalidad de partos pretérminos, el grupo beneficiario serán gestantes que asistieron al Hospital Delfina Torres De Concha, cuyos partos terminaron antes de las 37 semanas de gestación de la misma manera teniendo el conocimiento que presenta un gran desafío para el personal de ginecología, neonatología y que involucra la atención por parte del personal de enfermería a la misma vez problemas emocionales con la familia la sociedad y la economía de cada uno de ellos.

En la actualidad no se encuentran desarrolladas cifras estadísticas sobre el tema planteado en el Hospital Delfina Torres De Concha de la provincia de Esmeraldas, por lo que el personal no conoce si se encuentra frente a un problema de impacto progresivo, al determinar el impacto implica en el personal de salud a tomar diferentes acciones y poner énfasis en la atención, manejo y seguimiento de protocolos estandarizados, teniendo en cuenta a una población de alto riesgo obstétrico y que con el diseño de estándares de atención de calidad en el binomio familiar se podría reducir en gran consideración la morbilidad materno fetal. El brindar una educación a las mujeres en edad fértil y con la implementación de una guía preventiva y cuidados en el embarazo antes, durante y después del parto ayudaran a disminuir la problemática.

1.3. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Categorizar las causas de partos pretérminos en pacientes atendidas en el Hospital Delfina Torres De Concha, Esmeraldas.

1.4.2. Objetivos Específicos.

- Identificar las características sociodemográficas de la población objeto de estudio.
- Describir las condiciones gineco - obstétricas de las gestantes incluidas en la muestra objeto de la investigación.
- Establecer los diagnósticos de ingreso y alta de las gestantes que tuvieron partos pretérminos.
- Elaborar una guía sobre prevención de parto prematuro, dirigida a gestantes que acuden al control del embarazo, en base a los resultados de la presente investigación.

1.5. Preguntas de la Investigación

¿Cuáles son las características sociodemográficas de la población objeto de estudio?

¿Qué condiciones gineco - obstétricas presentan las gestantes incluidas en la muestra objeto de la investigación?

¿Cuáles son los diagnósticos de ingreso y alta de las gestantes que tuvieron partos pretérminos?

¿La elaboración y socialización de una guía sobre prevención de parto prematuro, dirigida a gestantes que acuden al control del embarazo, aportará en la disminución de esta problemática?

CAPÍTULO II

2. Marco Teórico

2.1. Marco referencial

2.1.1. Causas asociadas con el parto prematuro entre 22 y 34 semanas en un hospital público de Santiago

Este es un estudio realizado en el hospital público de Santiago en Chile en el año 2012. En el que manifiesta que los nacimientos prematuros son responsables del 75 – 80% de la mortalidad perinatal siendo así uno de los objetivos de determinar cuáles son las causas asociadas con los nacimientos prematuros mediante datos , resultados de laboratorio y hallazgos patológicos placentarios, es un estudio retrospectivo realizado entre las 22 y 34 semanas de gestación mismo que los nacimientos fueron subdivididos en partos prematuros como consecuencia de una indicación médica y nacimientos espontáneos con o sin rotura de membranas. En consecuencia, los resultados que los nacimientos prematuros espontáneos fueron en 69% con rotura de membranas un 42% y medicamente indicado 31% y entre el 98 y 85% de las causas asociadas a partos prematuros sea clínico y espontáneos es por antecedentes infecciosos bacterianos, infecciones vaginales o urinarias otra de las causas es la hipertensión misma que desencadenaron preeclampsia el 62%. En conclusión, las infecciones bacterianas son la causa principal y se encuentra asociada a los nacimientos prematuros espontáneos entre la semana 22 y 34 semanas de gestación mientras que la preeclampsia es otra causa que lleva a los partos prematuros por indicación médica (10).

2.1.2. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro.

Este estudio fue realizado en Santiago de Chile en el año 2016, refiere que las causas de partos pretérminos se dividen en dos formas tales como parte pretérmino espontaneo con rotura de membranas prematuras en membranas ovulares y el parto inducido por indicaciones médicas, la rotura de las membranas ovulares son responsables del 51,2%, otras causas asociadas son antecedentes de partos prematuros previos, edad de la madre, periodo intergenésico, embarazo múltiple, infecciones del tracto urinario, infecciones vaginales, infecciones de transmisión sexual , corioamnionitis de la madre, patologías del cuello uterino asociada a infecciones recurrentes, consumo de alcohol y otras drogas, los partos pretérminos por causa desconocida con el 30%, desarrollo de trastornos hipertensivos el 11,8%, patologías hemorrágicas el 6,2% , embarazos múltiples con el 10,4%, infecciones uterinas responsables del 7,7% como causa fetal el retraso del crecimiento intra uterino el 5,8% y con menos frecuencia colestasis, anemia, depresión, consideran que el control prenatal adecuado es una medida de prevención para los partos pretérminos ya que el número de visitas debería ser al menos 6 controles considerándose como óptimos (4).

2.1.3. Parto prematuro con enfoques presentes en la producción científica nacional e internacional.

Un estudio realizado en Brasil en el Municipio de Rio Grande en el año 2016, refiere que la prematuridad aun es un desafío para la salud pública en cuestión de mortalidad y morbilidad neonatal ante su supervivencia estos padecen de secuelas y daños, los partos pretérminos se ubican en la décima posición siendo responsable del 60%, en el estado de Rio Grande durante el 2008 la tasa de nacimientos pretérminos aumento al 9,2%, entre las causas de riesgo de desencadenar el parto pretérmino se encuentra la ausencia de control prenatal, consumo de sustancias nocivas, actividad física esforzada como también tener antecedentes de partos prematuros, abortos previos, gestas múltiples, polihidramnios, desprendimiento placentario, infecciones maternas,

patologías congénitas, infecciones de transmisión sexual, infección genitourinarias como también la presencia de enfermedades cardiovasculares (11).

2.1.4. Repercusión del parto pre termino en la morbilidad y mortalidad perinatales.

Un estudio realizado en el Hospital General “Dr. Juan Bruno Zayas Alfonso” en Santiago de Cuba en el año 2013, refiere que a pesar de los avances en la medicina perinatal sigue siendo los partos pretérminos causa de morbi mortalidad siendo la responsable del 75%, para que el parto pretérmino se desarrolle deben presentarse patologías sea maternas o fetales como es el embarazo múltiple, reproducción asistida, infecciones de transmisión sexual, tracto génito urinario ocasionado por gérmenes como estreptococo beta hemolítico, *Gardnerella vaginalis*, *Chlamydia*, *Tricomonas*, entre otras enfermedades como los trastornos hipertensivo que afecta el 16,1%, embarazo gemelar el 8,3% entre las patologías hemorrágicas se evidencia placenta previa y hematoma retro placentario responsable de 8,5% (12).

2.1.5. Causas de parto pretérmino en un hospital Nacional Sergio E. Bernales en Lima-Perú.

Un estudio realizado en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales en Lima-Perú en el año 2011, evidencio que el parto prematuro representa el 7,4% una edad media de 26,2 años de edad refiere que el parto pretérmino se asocia a la prevalencia de antecedentes de partos prematuros, abortos, anemias, desarrollo de enfermedades hipertensivas, patologías hemorrágicas, infección de vías urinarias, entre otras como es periodo intergenésico demasiado corto menor a un año, controles perinatales deficientes, madres añosas, adolescentes, `presencia de patologías del líquido amniótico, embarazo gemelar, estilos de vida también menciona que los controles prenatales no adecuados ayuda a la prevalencia del parto prematuro que no se puede diagnosticar de manera oportuna y a la vez darles un tratamiento por lo que complica la vida de la madre y el feto (13).

2.2. Marco Contextual

La provincia de Esmeraldas cuenta con un solo hospital provincial de referencias mismo que beneficiara a casi 213 mil habitantes del cantón Esmeraldas y 618 mil a toda la provincia, esta institución se encuentra en la categoría de segundo nivel, mismo brinda atención a pacientes que son emitidos de los centros, sub-centros, tipo C y hospitales básicos de los diferentes cantones de la provincia de Esmeraldas como son Atacames, Muisne, Quinindé, Eloy Alfaro y Río Verde, esta casa de salud cuenta con servicios de medicina interna, Gineco obstetricia, pediatría, neonatología oftalmología, cirugía, unidad de quemados, unidad de cuidados intensivos anexo a estos; farmacia, imaginecologia, centro quirúrgico y obstétrico cuentan con 231 camas (14), centro obstétrico dispone de 6 camas para recuperación post parto y post cesárea, 2 salas de partos y 3 camas para madres con preeclampsia. El gerente del HDTC, Roberth Cedeño, indica que el hospital garantiza el derecho a la salud a toda la comunidad, por eso, durante el primer semestre del año en curso se han atendido en las áreas de Gineco-Obstetricia a 591 mujeres en parto normal, 226 partos complicados, 1.031 partos por cesárea y 1.864 nacimientos (15).

Ilustración 1. Hospital Delfina Torres De Concha Sur



Fuente: Google

Misión

Prestar servicios de salud con calidad y calidez en el ámbito de la asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social.

Visión

Ser reconocidos por la ciudadanía como hospitales accesibles, que prestan una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética, utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente.

2.3. Marco Conceptual

2.3.1. Parto prematuro

El parto pretérmino hoy en día es la causa única e importante de morbilidad y mortalidad ya que es uno de los problemas clínicos patológicos que marca gran importancia en el campo de la perinatología, encontrándose en los últimos años un incremento de su prevalencia siendo fruto de varias causas materno fetales en el que involucra que la mayor de muertes neonatales ocurre en recién nacidos prematuros (16).

Se define como parto pretérmino a aquel que sucede después de la semana 22 y antes de las 37 semanas o 259 días contados a partir de la última fecha de la última menstruación, siendo una variable fisiológica, de la misma manera los recién nacidos

se los clasifica acorde a la edad gestacional, según la Organización Mundial De La Salud (17).

Se establece que la mayor parte de la morbilidad afecta a los recién nacidos muy pretermino en donde la edad gestacional se encuentra establecida dentro de las 32 semanas de gestación y que por otro lado tenemos a los que son pretérmino extremos cuya edad gestacional se encuentra dentro de las 28 semanas de gestación, para establecer la clasificación se la población de los pretérmino se debe tomar en cuenta el peso y edad gestacional (18).

Se conoce que el parto pretérmino tiene algunos caracteres multi - causales mismos que actúan sobre el embarazo afectando a la madre y al feto por lo que causa el inicio del parto produciendo la liberación de las prostaglandinas que proceden de los amnios que actúa sobre el miometrio mismo que provoca las contracciones uterinas mientras que en el caso de las infecciones se presenta por gérmenes que producen fosfolipasa A2 que actúan sobre el ácido araquidónico y del sistema inmune monocito macrófago (19).

Clasificación de recién nacidos pretérmino

Clasificación actual de la OMS se encuentra según la edad gestacional en la que se encuentre las gestantes (20).

- Prematuros tardíos: 34 – 36 semanas 6 días
- Prematuros moderados 32 a 33 semanas 6 días.
- Muy prematuros 28 a 31 semanas 6 días.
- Prematuro extremo menor o igual a 27 semanas 6 días

Epidemiología

Según la epidemiología refiere que se presentan tres entidades clínicas relacionadas con el parto pretérmino: como las podemos detallar de la siguiente manera (21):

- La rotura prematura de membranas ovulares que ocupa un 30%
- Culminación del embarazo por razones maternas o fetales en un 40%.
- Labor de parto pretermino con membranas integra de un 30%

Etiología

Parto prematuro idiopático se lo ha considerado como el resultante del inicio espontaneo del trabajo de parto, mientras tanto que el parto prematuro por indicaciones médicas o iatrogénicas es el que permite la interrupción prematura del embarazo ya sea por patología materna o fetal por otra parte también se da la rotura prematura de membranas (22).

Causas fenotípicas del parto pretérmino

Dentro de las causas significativas se identificaron como primero a los antecedentes obstétricos, a proceso infecciosos a nivel del cérvix sea por agentes patógenos como bacterias o virus entre otros desarrollándose en partes como la placenta y membranas entre otras patologías como son las infecciones extrauterinas, infecciones genitourinarias, infecciones vaginales y de transmisión sexual, en lo que respecta a otras patologías se identifican trastornos hipertensivos, como son hipertensión crónica, hipertensión gestacional, preeclampsia, eclampsia y síndrome de Hellp (23).

Diagnóstico

El diagnóstico en el trabajo de parto se encuentra basada principalmente en tres elementos como son la edad gestacional, características de las contracciones uterinas como son 1 contracción en 10 minutos, 4 en 20 minutos y 6 en 60 minutos y estado del cuello uterino mismo que es valorado la dilatación en centímetros y borramiento valorado en porciento (24).

Prevención del parto pretérmino

Una forma de disminuir la frecuencia de los parto pretérmino es buscar y estandarizar estrategias tanto en la atención primaria y secundarias de las unidades de atención, enfocándose en la ubicación de embarazadas con alto riesgo, situación socio económica desfavorables, múltipara y bajo nivel de educación para llevar a la disminución de estos problemas es necesario la consejería anticonceptiva en adolescentes, un diagnóstico y tratamiento oportuno de las enfermedades desarrolladas en el embarazo (25).

2.3.2. Infecciones maternas en el periparto.

Se menciona que las infecciones son causadas por un sin número de bacterias, se encuentran presentando una décima parte de las muertes maternas a nivel mundial ya que las infecciones se encuentran relacionadas con el parto mismas que son una causa directa importantes de morbilidad grave por otro lado las infecciones en el periparto traen en si consecuencias de discapacidades a largo plazo desencadenando dolor pélvico crónico, esterilidad, obstrucción de trompas uterinas y causantes durante el parto la muerte de un millón de recién nacidos pretérmino, por otra parte existen otras causas que pueden aumentar el riesgo de infecciones en el periparto en las que se incluyen problemas preexistentes de salud materna como son la desnutrición, obesidad, anemia grave, vaginosis bacteriana e infecciones por estreptococos del grupo B y la RPM entre otras (26).

2.3.3. Trastornos hipertensivos del embarazo

Los trastornos hipertensivos del embarazo se encuentran dentro de las causas más importantes de morbilidad y mortalidad tanto para madres, fetos y recién nacidos misma que es una complicación que se presenta en países desarrollados o en vías de desarrollo, las patologías que más complican los embarazos se las ha identificado a la preeclampsia, eclampsia y síndrome de Hellp mismas que pueden ser evitada con un diagnóstico y atención oportuna (27).

En cuanto a la definición de la hipertensión del embarazo durante la gestación indica que la presión arterial sistólica debe ser mayor o igual a 14mmHg mientras que la presión arterial diastólica debe tener de mayor o igual a 90 mmHg, por lo que este valor es un indicador mismo que si llega a sobre pasar estos valores hacer referencia a que ya tiene inicios de desarrollar un cuadro de preeclampsia o eclampsia (28).

- **Hipertensión arterial crónica en el embarazo**

Definición: La hipertensión crónica es una de las causas asociadas al embarazo pero que no se encuentra generado por el embarazo en cambio los otros tipos de hipertensión arterial son inducidos por el embarazo, se ha tomado en consideración que la presión arterial crónica se encuentra entre 140/90mmHg por lo que este valor puede ya tener antes del embarazo o que puede ocurrir dentro de las 20 semanas de gestación misma que puede permanecer hasta las 12 semanas tras parto (29).

Clasificación

Dentro de la clasificación encontramos a dos categorías mismas que se las detallara de la siguiente manera: como primera tenemos a la hipertensión arterial que ha persistido antes del embarazo y por otro parte tenemos a la hipertensión arterial que aparece en las primeras semanas y por primera vez en el embarazo o como también se la clasifica en primaria que se basa en las predisposiciones genéticas o familiares y secundaria a la presencia de una disfunción renal o endocrina (28), (30).

Etiología

La hipertensión arterial crónica en la embarazada tienen múltiples causas se puede dar por el aumento de la edad materna mayor o igual a los 40 años, presencia de diabetes mellitus, problemas renales, miocardiopatías, coagulopatía y con lo que corresponde a la etnia es más prevalente en mujeres afrodescendientes antes que en las blancas y por otro lado los desórdenes alimentarios como la obesidad (31).

- **Hipertensión gestacional**

La hipertensión gestacional es un trastorno que se presenta después de las 20 semanas de gestación misma que se va desarrollando y llegando a una preeclampsia complicándola con la eclampsia y síndrome de Hellp. Para predecir que la gestante tiene hipertensión gestacional debe tener cifras de presión arterial sistólica que sea mayor o igual a 140mmHg y una presión arterial diastólica que sea mayor o igual a 90mmHg mismas que aparece después de las 20 semanas de gestación pero con ausencia de proteinuria (32).

- **Preeclampsia**

La preeclampsia es una de las patologías propias del embarazo que puede desencadenarse durante el embarazo que se manifiesta después de las 20 semanas de gestación, es una de las causas más importantes ya que por la existencia de esta hay el aumento de una morbi - mortalidad materno fetal, esta patología se debe a un desarrollo anormal de la placenta con el acompañamiento de otros factores predisponentes que con llevan a un daño endotelial (29).

Clasificación

La Preeclampsia también se puede presentar sin signos de gravedad misma que se la considera que es (leve): cuando se mantiene en una presión arterial sistólica de ≥ 140 mm Hg y menor a 160 mmHg y una tensión arterial diastólica de ≥ 90 mmHg y menor de 110 mmHg acompañado de signos de proteinuria y sin la afección a órganos blancos. La Preeclampsia grave se la define así porque es la que se encuentra acompañado de signos de gravedad, por lo que sobre pasa cifras de presión arterial sistólica ≥ 160 mmHg y presión arterial diastólicas en ≥ 110 mmHg por lo que afecta a los órganos blancos. La existencia de una Preeclampsia sin proteinuria tiene muchos criterios para poder identificar este tipo de preeclampsia se debe identificar los siguientes criterios como es mantener una presión arterial sistólica ≥ 140 y presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg, enzimas hepática elevadas, problemas renales, aumento

de niveles de creatinina mayor a 1,1mg/dL, presencia de edema de pulmón acompañado de síntomas neurológicos y visuales (32).

Etiología

Para que se desarrolle la preeclampsia debe existir causas que predispongan a la aparición de la misma como son: edad materna que se a menos de 20 y mayor de 35 años, embarazo múltiple, antecedentes de preeclampsia o eclampsia, padecimiento de síndrome anti fosfolípido, obesidad e insuficiencia renal crónica o como también diabetes mellitus (33).

Fisiología

Los trastornos hipertensivos se desencadena por una respuesta anormal al periodo de placentación misma que es producida por los genes fetales emitidos por parte del padre lo que la madre genera una respuesta inflamatoria afectando al endotelio con la asociación de otras patologías propias del endotelio, diabetes mellitus, hipertensión arterial el sistema inmunes produce un grupo de sustancias como son las citoquinas que actúan a nivel del endotelio vascular, musculo y coagulación (34).

Diagnóstico

Para establecer un diagnóstico se debe identificar los siguientes criterios que se caracteriza por tener una presión arterial sistólica de >160 mmHg y/o PAD > 110 mmHg, Proteinuria > 5 g dentro de las 24 horas, oliguria que sea menor 500 cc en las 24 horas y elevación de los niveles de creatinina plasmática con presencia de edema agudo pulmonar más afecciones fetales con restricción del crecimiento intrauterino y oligoamnios (35).

Tratamiento

Indica que una gestante hospitalizada necesita reposo absoluto en cama, junto con la administración de una dieta hipo sódico. Dentro de la terapia farmacología se

recomienda utilizar medicamentos anti hipertensivos si la presión arterial es ≥ 160 mmHg presión arterial sistólica y presión arterial diastólica ≥ 110 mmHg. Por otro lado, se recomienda el uso del nifedipina como primera línea ya que es de acción corta a y como segunda línea la hidralazina intravenosa ya que su acción es rápida. Dosis recomendada para disminuir la presión arterial nifedipina sólido oral de 10 mg: 10 mg vía oral cada 20 o 30 minutos según respuesta. Dosis máxima: 60 mg y luego 10 – 20 mg cada 6 horas vía oral. Dosis máxima 120 mg en 24 horas. Hidralazina líquida parenteral de 20 mg/m: 5 mg intravenoso. Si la TA diastólica no disminuye se continúa dosis de 5 a 10 mg cada 20 a 30 minutos en bolos, ó 0.5 a 10 mg hora por vía intravenosa. Dosis tope 20 mg vía intravenosa o 30mg intramuscular (32).

- **Eclampsia**

La eclampsia aparece después de presentar la preeclampsia severa por lo que se la define como la aparición de convulsiones tónico clónicas en una gestante que procura pasar las 20 semanas de gestación acompañada de signos y síntomas como son hepigastralgia, trastornos visuales y cefaleas niveles altos de la presión arterial acompañados de proteinuria. Las complicaciones a las que conlleva el desenlace de estas patologías son un edema de pulmón, hemorragia intra cerebral e isquemia cerebral (35).

Tratamiento

Dentro de los tratamientos preventivos se hace énfasis en el uso de sulfato de magnesio ya que este actúa como bloqueador del N-metil aspartato a nivel del cerebro este medicamento disminuye el riesgo de la aparición de una eclampsia pero al igual se lo uso para el tratamiento de la eclampsia durante las 24 horas post parto, post cesárea o después de las crisis convulsivas, para ello tenemos dos maneras o formas de utilizarlas primera la impregnación que consiste en administras 20mL de sulfato de magnesio al 20% o 4mg en 80mL de solución isotónica mismo que deberá ser infundido a 300ml hora en bomba de infusión o 100 gotas por minuto con el uso del equipo de venoclísis durante 20 minutos, mientras que la dosis de mantenimiento se administrar 50 mL de

sulfato de magnesio al 20% o 10g en 450 de solución isotónica deberá pasar a 50ml hora en bomba de infusión o 17 gotas en equipo de venoclisis es decir 1g hora (32).

- **Síndrome de Hellp**

El síndrome de Hellp es una de las complicaciones sistémicas del embarazo misma que causa daño a nivel endotelial micro vascular se caracteriza por la presencia de una hemolisis y elevación de las enzimas hepáticas por lo que se produce una isquemia distal y necrosis hepato celular, acompañados de ictericia, náusea, sangrado mucocutáneo y edema periférico, la presencia de esta patología se encuentra asociada a mayores de casos morbi - mortalidad materna también a la presencia de insuficiencia renal, edema pulmonar (36).

Tratamiento

En cuanto al tratamiento obstétrico es la interrupción del embarazo ya que es una medida de supervivencia para el feto y en lo que respecta al tratamiento hematológicos debido a la pérdida mayor o igual a 50.000uL de plaquetas se debe trasfundir plaquetas y paquetes globulares esta administración se la realizara en hemorragias (36).

El Ministerio De Salud Pública empleo esta estrategia para la tomar de decisiones a partir del puntaje que este lo emita (37):

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR
GERENCIA INSTITUCIONAL DE DISMINUCIÓN ACCELERADA DE MUERTE MATERNA
SCORE MAMÁ

PARÁMETRO	PUNTAJE							PARÁMETRO	Puntaje parcial por parámetro
	3	2	1	0	1	2	3		
FC	≤ 50	-	51-59	60-100	101-110	111-119	≥ 120	FC	
Sistólica	≤ 70	71-89	-	90-139	-	140-159	≥ 160	Sistólica	
Diastólica	≤ 50	51-59	-	60-85	86-89	90-109	≥ 110	Diastólica	
FR	≤ 11	-	-	12-22	-	23-29	≥ 30	FR	
T (°C) (*)	-	≤ 35,5	-	35,6-37,2	37,3-38,4	-	≥ 38,5	T (°C)	
Sat (**)	≤ 85	86-89	90-93*	94-100		-	-	Sat	
Estado de conciencia	-	Confusa / agitada	-	alerta	Responde a la voz / somnolienta	Responde al dolor / estuporosa	No responde	Estado de conciencia	
Proteinuria (***)	-	-	-	(-)	Positivo	-	-	Proteinuria	

2.3.4. Trastornos metabólicos

- Anemia ferropénica**

Según la definición de la ferropenia hacer referencia a la disminución de hierro que se dela cual no llega hasta el eritroblasto y no sintetiza la HB esto pude deberse a defectos de una mala absorción del tubo digestivo o a la presencia de hemorragias que se caracteriza porque la hemoglobina se encuentras por valores menos de 11 g/dL (Hcto < 33%) en el primer y tercer trimestre, o hemoglobina (Hb) con valores menores <10,5 g/L (Hcto < 32%) en el segundo trimestre (38) (39).

Etiología

Las gestantes que son más propensas a padecer de anemia ferropénica, son aquellas que donaron sangre, alimentación pobre en hierro, proteínas, embarazos múltiples, padecimiento de enfermedades gastrointestinales que afectan la absorción de hierro, periodos intergenésico demasiado cortos, presencia de hemorragias, nivel socio económico bajo y control prenatal inadecuado (40).

Fisiopatología

Las necesidades de hierro en la gestante se deben a la pérdida eritrocitaria y al crecimiento del feto, placenta y tejidos maternos por lo que la circulación debe aumentar y hay más requerimiento de hierro y el aumento eritrocitario ocupa en un 25% todo esto conlleva a que los requerimientos de hierro se aumenten más de lo normal de 15 a 30mg diarios (40).

Diagnóstico

La anemia se la debe diagnosticar entre la semana 28, se evidencia de signos y síntomas que deben ser identificados durante el control prenatal como es la fatiga además de tener otros síntomas acompañantes como cefalea, diaforesis, piel fría, disnea por otra parte para su confirmación con un examen de laboratorio que determinara el nivel de hemoglobina (39).

Tratamiento

Debe ser tratada con 120 mg de hierro elemental y 400Ug de ácido fólico hasta poder llegar a los valores normales de la hemoglobina sus concentraciones deberán ser recuperadas dentro de las tercera y cuarta semanas en donde debe haber ganado 2g/dl de hemoglobina, el hierro parenteral es más efectivo que el oral mismo que se lo usa a partir de las 36 semanas de gestación (39).

- **Obesidad**

La obesidad es una enfermedad que se da por múltiples factores lo que conduce a un trastorno metabólico, la obesidad se caracteriza por el aumento de tejido adiposo en el organismo por lo que conllevan complicaciones materno fetales siendo causa de morbi – mortalidad incluyendo la malformaciones congénitas, abortos, hipertensión gestacional y diabetes gestacional que se encuentran ligada a los desórdenes alimenticios (41), (42).

Clasificación

Para clasificar a una gestante obesa se debe diagnosticar mediante la grasa corporal real para ello se utilizara el IMC de Quetelet que es el que calcula el peso en kilogramos y la talla en metros cuadrado y con la ayuda de esta tabla se podrá identificar el grado de obesidad que padece esto se debe realizar en la primera consulta prenatal (42).

Clasificación Obesidad Según IMC (42).

Tabla de índice de masa corporal	
Desnutrición	IMC <18.5
Normal	IMC 18.5 - 24.9
Sobrepeso	IMC 25 - 29.9
Obesidad Grado I	IMC 30.0 - 34.9
Grado II	IMC 35.0- 39.9
Grado III obesidad morbilidad	IMC >40

Fisiopatología

Como se conoce la obesidad en el embarazo es un trastorno metabólico que se da por causa del desequilibrio entre la ingesta y el gasto de energía que da como resultado el aumento excesivo de tejido adiposo que se deposita en el organismos en forma de triglicéridos a la vez también hay la producción de hormonas que son producidas por el tejido graso como es la leptina que actúa a nivel del cerebro, en la mujer obesa se presenta mayor incidencia de abortos ya que hay deficiencia de la fase lútea y de esta manera altera el metabolismo de los ovocitos, también genera consecuencias sobre el feto ya que la hormona leptina se transporta por la sangre del cordón aumentando el transporte placentario de aminoácidos mismo que se produce una macrostomia fetal (43).

Complicaciones

Las complicaciones en el embarazo de una mujer obesa se asocian a la incidencia de abortos espontáneos, diabetes gestacional, trastornos hipertensivos como la preeclampsia, muerte fetal intrauterina y macrosomía fetal y también conlleva a la presencia de parto pretérmino por lo que aumenta mayor la tasa de índice en las cesáreas (44).

- **Diabetes gestacional**

La diabetes gestacional se la define como la intolerancia a la glucosa esta es una patología que aparece por primera vez durante el embarazo misma que es caracterizada por una deficiencia o insuficiencia de producción de insulina pero que al finalizar el embarazo los niveles de glucosa tienden a normalizarse (45).

Etiología

Dentro de la etiología podemos encontrar a los causantes que predisponen a la presencia de esta patología como es multiparidad, malos hábitos alimenticios como es el sedentarismo, obesidad, edad avanzada entre 35 años o más, antecedentes de haber tenido hijos macrosómicos, consumo del tabaco y antecedentes de familiares predispuestos genéticamente (45).

Patogenia

Durante los múltiples cambios que se producen en el embarazo el desarrollo de la diabetes inicia a partir de las 7ma semana de gestación empezando las elevaciones de los niveles de hormonas como son el lactógeno placentario y el cortisol materno mismo que hace que exista una resistencia insulínica que es provocada por el aumento de los ácidos grasos que provienen de la lipólisis y no permite la activación del receptor de la insulina y la translocación de los GLUT 4 a la superficie celular, este es una proteína transportadora de glucosa por lo que son responsables de hiperglucemia (46).

Complicaciones

La diabetes gestacional si no es atendida en su momento oportuno se puede desencadenar múltiples complicaciones mismas que son perjudiciales para la salud entre los menos graves tenemos la aparición de una cetoacidosis diabéticas mientras que si la glucemia se encuentra por debajo de los valores normales puede provocar convulsiones acompañado con la pérdida de conocimiento, si la gestante no sigue un tratamiento puede llevar a contraer daños del corazón, vasos sanguíneos entre otras (47).

Tratamiento

El tratamiento consiste en mantener en ayunas una glicemia menor a 90mg/dl, luego de dos horas postprandial menor a 120mg/dl para no llevar el embarazo a la culminación y de mantener los niveles de glucemia dentro de los parámetros normales, por lo que se requiere cambios de hábitos con una alimentación estricta baja en carbohidratos y altos en fibra, incentivando a la actividad física por al menos de 20 a 30 minutos, el tratamiento farmacológico se inicia únicamente cuando la dieta y la actividad física no está funcionando, en la embarazada el fármaco ideal y de manejo es la insulina terapia que debe ser administrada 0,2/kg hasta 1,0 UI/kg (48).

2.3.5. Síndrome antifosfolípido y embarazo

El síndrome antifosfolípido o es un trastorno no trombofílico, enfermedad autoinmune multisistémica, se la ha definido como la trombosis venosa arterial de pequeños vasos es una de las complicaciones obstétricas como son abortos y pérdidas fetales por la presencia de anticuerpos el antifosfolípido y la anticardiolipina por lo general esta patología aparece por el embarazo y actúa sobre los fosfolípidos y las proteínas transportadoras de fosfolípidos (49).

Patogenia

Los anticuerpos antifosfolípidos poseen propiedades patogénicas ya que estas actúan causando daño sobre las vías de coagulación, a nivel del endotelio y plaquetas o en el tejido neuronal, la presencia de los anticuerpos antifosfolípidos estas actúan sobre proteínas que transportan los fosfolípidos como son a la beta 2 glicoproteína y la protrombina que afecta a los factores procoagulantes y anticoagulantes por lo que se desarrolla un efecto trombóticos (50).

Complicaciones

Dentro de las complicaciones que causa este síndrome antifosfolípidos es que existe mayor prevalencia de tener óbitos fetales, retraso del crecimiento intra uterino, daño renal y en el caso del feto existe problemas hematológicos, cardiacos al igual que la piel también se afecta, la presencia de anticuerpos anticardiolipina hace que se produzca un trombo embolismo venoso y arterioso y aumenta el riesgo de abortos (51).

Diagnóstico y tratamiento

Mediante pruebas de laboratorio con ELISA se debe identificar los dos tipos de anticuerpos como es la anticardiolipina y beta 2-glucoproteína por lo general el 70% presentan los dos anticuerpos AL y ACL mismas que dan a conocer que las gestantes desencadenara aborto o muerte embrionaria y que podría ser la causa de una trombosis. En lo que corresponde al tratamiento en las gestantes implica proteger a la madre de que se produzca una trombosis venosa o arterial es por ello que los fármacos empleados son medicamentos glucocorticoides como son la prednisona más ácido acetil salicílico y el uso de la heparina tiene actividad anticoagulante actúa cuando se activa antitrombina y esta es una de las más seguras ya que no atraviesa la placenta y no causa efectos teratogénicos (52)

2.3.6. Trastornos hemorrágicos

- **Placenta previa**

Esta patología es considerada una de las causas de hemorragia misma que ocasiona muerte materna fetal. Se comprende como placenta previa a la placenta que se encuentra implantada total o parcial en la parte uterina inferior cerca al orificio cervical interno mismo que se puede encontrar cubriendo de una manera total o parcial, se caracteriza por presencia de hemorragia transvaginal acompañado de actividad uterina (53), (54).

Clasificación

Dentro de su clasificación se encuentra cuatro formas de encontrar o de poder identificar los tipos de oclusión del orificio cervical como son placenta previa o total se refiere a cuando el orificio cervical se encuentra cubierto en toda su totalidad misma que se extiende hasta la pared posterior, placenta previa parcial es cuando el orificio cervical interno se encuentra parcialmente cubierto es decir que no se encuentra cubierto en su totalidad, placenta previa marginal se refiere a cuando el borde placentario se encuentra al margen del orificio es decir que no sobre pasa este orificio y por último la placenta previa baja que es la que se identifica cuando se encuentra en el segmento uterino es decir los bordes placentarios se encuentra a menos de 30mm de este por lo que no se relaciona con el orificio cervical (55), (56).

Etiología

Se ha documentado que el desarrollo de esta patología se debe a antecedentes maternos que a causa de estos el embarazo no llega a su culminación entre esta podemos mencionar la edad avanzada de la madre intervenciones quirúrgica a nivel de útero, cesáreas anteriores, placenta previa anterior, consumo de cigarrillos, multiparidad así como abortos inducidos y tumores uterinos (54), (55).

Manifestaciones clínicas

Normalmente se presenta al finalizar el segundo trimestre del embarazo o al inicio del tercer trimestre por lo que se hace presente con un sangrado transvaginal después de la semana 20 este sangrado es indoloro y la situación fetal es anormal ya sea transversa u oblicua la ausencia del dolor es la característica más común para emitir el desprendimiento de placenta normo insertada (57).

Diagnóstico

Para la confirmación del diagnóstico se la realiza mediante el uso de la ecografía transvaginal o transabdominal se puede identificar la localización de la placenta, por otro parte el uso de doppler a color para identificar la presencia de un hematoma, la localización del cordón umbilical, se debe optar el uso de ecografía transvaginal en pacientes obesas y en pacientes con la localización de la placenta posterior (58).

Tratamiento

En una hemorragia severa y compromiso hemodinámico se debe interrumpir el embarazo por una cesárea independientemente de la edad gestacional, condiciones del feto o el tipo de placenta previa que presente. Con una hemorragia moderada y embarazo mayor a 36 semanas se interrumpirá el embarazo, con una hemorragia moderada y embarazo menor a las 36 semanas se la hospitalizara con monitorización materno fetal, reposo absoluto, madures pulmonar con corticoides en caso de haber actividad uterina iniciar con tocolisis, vigilar hematocrito y administrar ferroterapia (58).

- **Desprendimiento placentario**

Se define al desprendimiento prematuro placentario como un problema de la gestación mismo que se caracteriza por el lugar de la implantación se desprende antes del alumbramiento mismo que provoca hemorragia esta patología generalmente se

produce a partir de las 28 semanas de gestación, pero con una incidencia más elevada se encuentra entre las semanas 36 y 38 semanas de gestación (59).

Etiología

Desde su aparición existen varias causas por las que se genera esta patología como es si los padres tienen antecedentes de fumar es la que causa de reducción de flujo sanguíneo feto placentario y esto desencadena necrosis de los márgenes placentarios por la deficiencia de la prostaciclina también causa micro infartos en la placenta acompañada de atrofia de las vellosidades placentarias, si la gestante padece de hipertensión crónica, restricción del crecimiento intrauterino el riesgo de padecer el desprendimiento placentario es de 9 veces mayor mientras tanto que si la gestante tiene o tenido embarazo múltiple, pérdidas fetales y traumas maternos la presencia de la patologías es dos veces de mayor probabilidad de desarrollar esta patología (60).

Fisiopatología

El desprendimiento prematuro se da por causa del rompimiento de los vasos maternos por lo que desconecta las vellosidades de anclaje de la placenta en ocasiones la hemorragia que se presenta se produce por los vasos feto placentarios esta sangre se acumula en la decidua por lo que la separa de la placenta por lo que esta ya es incapaz de intercambiar gases y nutrientes de forma normal por ende el feto se encontrara comprometido por que el oxígeno ya se encuentra interrumpido (61).

Diagnóstico

Uno de los signos principales que se hace presente es la hemorragia genital con características de que es de color roja oscura sin la presencia de coágulos acompañados de dolor abdominal o también palidez, taquicardia dentro de los exámenes de laboratorio se identifica un hematocrito que puede estar dentro de los parámetros normales o disminuidos con alteraciones en plaquetas, protrombina y los tiempos de

tromboplastina con el uso del ultrasonido de evidencia una placenta más gruesa de lo normal (62).

Tratamiento

El tratamiento consiste en la finalización del embarazo según el pronóstico que mantenga la madre y el feto, edad gestacional y la vía de parto se dará mediante las condiciones en las que se encuentren el binomio en otro caso también se debe prepara paquete globular para transfusión en caso de ser necesario su administración (61).

2.3.7. Infecciones vaginales

Las infecciones vaginales es una de las razones más comunes en las consultas prenatales y tienen un alto porcentaje de ser las causantes de morbilidades maternas y perinatales, estas infecciones se desarrollan de manera rápida debido a los múltiples cambios que existe en el organismo como son los niveles hormonales de la mujer gestante (63).

- **Vaginitis bacteriana**

La vaginosis bacteriana es una alteración de la flora vaginal que se caracteriza por la presencia de mal olor en la esta flora es normal que se encuentre el lactobacilos que pertenece a las bacterias acido lácticas, pero cuando es altera la flora vaginal esta bacteria se remplaza por bacterias patógenas como son Gardnerella vaginalis, ureaplasma o cocobacilos Grand negativos (64).

Etiología

La presencia de esta patología se da mediante transmisión sexual, al igual que a gestantes que consumen cigarrillo, alcohol, uso del preservativo, uso de anticonceptivos hormonales, tener múltiples compañeros sexuales, diabetes no

controlada, uso de tampones, duchas vaginales exageradas, inadecuada aseo personal, uso de ropa apretada (65).

Diagnóstico

Para un diagnóstico certero se debe tomar en cuenta cuatro criterios como es el nivel de PH vaginal, características del olor, carga vaginal, características de la flora bacteriana vista en un frotis con la ayuda de tinción de Gram, la aplicación del PCR se puede identificar más bacterias como la *Gardnerella vaginalis* u otras bacterias este método brinda con mayor certeza un diagnóstico con la sensibilidad y especificidad de la bacteria (66).

Tratamiento

El tratamiento debe ser diagnosticado antes de las 20 semanas de gestación ya que en algunas gestantes esta patología se hace presente asintóticamente misma que debe ser tratada a tiempo por que esta se encuentra asociada al parto pretérmino, abortos, endometritis y RPM, dentro del tratamiento puedes ser oral o vaginal y como fármaco de primera línea se utiliza el metronidazol y clindamicina (67).

- **Candidiasis**

La candidiasis vulvo vaginal es considerada como una afección de transmisión sexual es conocida como una enfermedad vaginal misma que es causada por levadura del género *Candida* los síntomas suelen ser muy molestos, estas se manifiestan con lesiones superficiales como con lesiones mucosas y a nivel de piel y es más común en personas obesas y con diabetes descompensada (68).

Etiología

La *Candida* proviene de un género de levaduras en las que existen más de 159 especies pero entre las que más causan la patología son *C. albicans*, seguido de *C. glabrata* y *C.*

krusei pero para que estas se reproduzcan es necesario mantener un estado adecuado por lo que se relaciona con la producción de las hormonas sexuales como es los estrógenos en la mujer, uso de anticonceptivos hormonales esta patología también es la causantes de desencadenar la corioamnionitis y la presencia del parto prematuro (68).

Tratamiento

Como base del tratamiento ya sea con candida vulvo vaginal complicada o no complicada se utilizara medicamentos de primera línea como es el fluconazol y clotrimazol por vía vaginal esta será administrad durante siete días y a dosis según la complicación de la patología (67).

Generalidad de signos y síntomas de infecciones vaginales según su etiología Ministerio de salud pública (67).

Diagnóstico clínico de infecciones vaginales		
Signos y síntomas	Vaginosis bacteriana	Cándida
Secreción	Mínima	Abundante de características blanquecinas
Olor	Similar a la del pescado	No refiere
Prurito	Ninguno	Prurito presente
Signos visibles	Secreción vaginal, sin inflamación a nivel de vulva	Lesión a nivel vulvar acompañado de edema, con evidencias de eritema vulvar.
Otros síntomas		Presencia de dolor, dispareunia, disuria
Valores de pH vaginal	> a 4.5	Menor o igual a 4,5

2.3.8. Infecciones genitourinarias

- **Infección del tracto urinario**

Una de las infecciones más frecuentes en el embarazo es la infección del tracto urinario que es causada por múltiples gérmenes patógenos como es la E.coli, Klebsiella, Streptococcus tipo B mismos que se encuentran en la orina esto entre los más comunes, sus sintomatología va de acuerdo al lugar de infección esta puede ser sintomática como también asintomática, su clasificación va acorde a nivel de la proliferación de las bacterias como es bacteriuria asintomática se la localiza únicamente en la orina, cistitis se encuentra en la vejiga mientras que la pielonefritis es una de las complicaciones de la infección que no es oportunamente tratada a tiempo esta se la localiza a nivel de los riñones (69), (70).

Fisiopatología

En el momento del embarazo se realizan cambios fisiológicos anatómicos lo que contribuye a al desarrollo de las infecciones del tracto urinario por lo que produce la hidronefrosis fisiológica, cambios vesicales lo que predisponen a un reflujo vesico uretral en el caso de los cambios vesicales se da porque se dilata el sistema colector superior se extiende hasta la pelvis lo que permite contener más de 200ml de orina lo que contribuye a una bacteriuria en el embarazo el lado derecho es el más propenso a sufrir esta infección debido a que el uréter cae dentro de la cavidad pélvica (71).

Etiología

Debido a los múltiples cambios fisiológicos que existen en la anatomía de la mujer embarazada favorece a que se desarrolle las infecciones de vía urinaria, estos cambios fisiológicos comprometen órganos y conductos como riñones, sistema colector los vesico ureteral al igual que cambios químicos en la orina estos conforme avanza el embarazo se van dilatando pero más afecta el lado derecho también existen otras causas por las que se produce esta patología como es una higiene personal inadecuada,

presencia de enfermedades crónico degenerativa entre ellas la diabetes mal controlada, uso de prendas de vestir de un material inapropiado, antecedentes de infecciones urinarias recurrentes o disfuncionalidad anatómicas (72).

Manifestación clínica

Sintomatología de acuerdo al sitio de infección Ministerio de salud pública (69).

Sintomatología de acuerdo a la proliferación bacteriana	
Bacteriuria asintomática	Presencia de 100.000 unidades formadoras de colonias en un mL, no presentan síntomas.
Cistitis aguda	Infección del tracto urinario bajo, se presenta disuria, piurea, hematuria
Pielonefritis aguda	Infección del tracto urinario alto que afecta a los riñones, presenta, alza térmica, escalofríos, malestar general, dolor lumbar en ocasiones acompañados de vomito o deshidratación.

Diagnóstico

Para el diagnóstico de la bacteriuria asintomática que es más común en el embarazo se la puede detectar mediante pruebas de laboratorio de la orina mismas que tienen una confiabilidad de 50 a 92%, esta patología debe ser detectada a tiempo ya que con ello se podría evitar la presencia de una pielonefritis, el examen microbiológico debe indicar el crecimiento de 100.000 UFC/ml, si hay la existencia de piurea el valor será menor y cuando sobre pasa este valor expresa que hay otros gérmenes lo que indica que puede ser una muestra contaminada también se puede emplear un urocultivo para identificar una leucocitosis mayor a 10 por campo (73), (72).

Tratamiento

En el caso de la bacteriuria asintomática, cistitis y pielonefritis se recomienda el consumo abundante de líquido mayor a 2 litros de agua durante el día, uso de antibiótico terapia con nitrofurantoinas no mayor a las 37 semanas, las cefalosporinas de segunda generación considerando que la duración del tratamiento debe ser no menor a los 7 días en caso de persistir la infección se debe continuar hasta los 14 días de antibiótico terapia (74).

2.3.9. Infecciones de transmisión sexual

- **Tricomoniasis**

Es una afección producida por un parásito protozoo y es una de las más comunes de transmisión sexual que se encuentra ligada a desencadenar una uretritis, enfermedad inflamatoria pélvica e infertilidad esta al inicio se presenta asintomática pero con el transcurso de los meses aparecen signos y síntomas como secreción escasa pero espesa, tiene mal olor acompañada de prurito vulvar, disuria y dolor abdominal (75), (74).

Fisiopatología

Para que la *Trichomona* vaginales se reproduzca debe encontrarse en las condiciones óptimas por lo que hace referencia a un pH vaginal ácido y el estado del semen alcalino estos dos favorecen a que el parásito se transmita por lo que esta finalmente se une a la laminina y fibroectina del epitelio vaginal y luego de eso se va nutriendo de glóbulos rojos, colesterol de las membranas y el hierro de la hemoglobina que es transportada (76).

Diagnóstico y tratamiento

Para realizar el diagnóstico es necesario recoger una muestra vaginal para realizar un examen en fresco del exudado vaginal o uretral ya que presenta la sensibilidad del 62%

al 92% con una especificidad del 98%, al igual que puede ser empleada la prueba de PCR en secreción vaginal y orina que es la reacción en cadena de polimerasa brinda resultados satisfactorios ya que tiene alta sensibilidad y especificidad (76). (77). En lo que respecta al tratamiento se utiliza medicamentos de primera línea como es el clotrimazol intravaginal por 14 días o como medicamento alternativo el fluconazol vía oral cada 3 días valorando su riesgo y beneficio (67).

- **Sífilis**

Es una enfermedad de transmisión sexual su agente etiológico se debe a la bacteria del *Treponema pallidum* es una enfermedad infectocontagiosa se caracteriza por presentar lesiones primarias que tiene características de ser una ulcera indolora, lesiones cutáneas y neurosífilis que afecta a membranas, mucosa y piel si esta no tiene un tratamiento oportuno puede afectar al sistema óseo, SNC y cardiovascular esta patología puede afectar al feto por medio de la placenta mismo que ocasiona abortos, muerte perinatal o partos prematuros (78), (79).

Manifestación clínica

Las lesiones primarias que se presentan en fase de sífilis primaria aparecen dentro de las 4 a 6 semanas ya que su periodo de incubación corresponden a los 21 días y se caracteriza por presentar una ulcera indolora, en la sífilis secundaria esta se presenta entre la 2 y 12ava semana post la aparición del chancro y se caracteriza por la presencia de odinofagia, fiebre, pérdida de peso, anorexia, meningitis y en ocasiones artritis en esta fase aparecen erupciones cutáneas pápula escamosa (80).

Patogénesis

Esta enfermedad se la puede transmitir por transfusiones sanguíneas y por relaciones sexuales como también al momento del parto por lo general el tiempo en el que más se la puede transmitir es en fase primaria y secundaria en la mayoría de las afecciones

al feto puede presentar restricción del crecimiento, muerte fetal y desencadenar parto prematuro y por ende infección congénita (78).

Diagnóstico y tratamiento

Esta enfermedad a medida que se la puede diagnosticar por sus manifestaciones clínicas también es necesario diagnosticarlas mediante pruebas de tamizaje mismas que serán realizadas en la consulta prenatal o al momento del parto por lo que se utilizan pruebas de VDRL según los resultados esta se las clasificara en sífilis latente si su evolución es menor a un año y sífilis temprana si sobre pasa el año de evolución (81). Si se le diagnostica sífilis gestacional se debe tratar con un tratamiento farmacológico en este caso el más eficiente sería la penicilina la dosis dependerá la fase de sífilis en la que se encuentra (82).

- **VIH - SIDA**

El virus de la inmunodeficiencia adquirida en el cual ataca al sistema inmunológico y lo va deteriorando, es una de las causas en las que repercute en la reproducción por el riesgo de la transmisión sexual, está también afecta al feto su modo de transmisión puede ser durante la gestación, parto vertical y la lactancia materna entendiendo que mayor riesgo de contagio existe en el momento del parto vertical porque es el momento en el que realiza el contacto con las secreciones y residuos hemáticos que proviene de la vagina (83), (84).

Fisiopatología

El modo de transmisión se da mediante tres formas en las cuales estas deben tener contacto con el huésped patógeno, este agente se encuentra en residuos hematológicos, secreciones, y mucosas, dentro de las tres maneras de contagio podemos hablar de una transmisión por contacto sexual, exposición a cualquier fluido corporal proveniente de la persona infectada y el contagio para el recién nacido se da mediante el parto vertical o perinatal, que puede darse por una corioamnionitis, por presencia de las

contracciones uterinas y por rotura de membranas ovulares, una vez que este lo contrae la infección se la expresa en las células que tiene CD4 que afecta a los linfocitos i t a los macrófagos por lo que favorece a la paralización del sistema inmune por lo que deja actuar al huésped dando paso a otras enfermedades oportunistas (85), (86).

Diagnóstico

Para su diagnóstico en la mujer embarazada se la realiza mediante pruebas confirmatorias rápidas mismas que al ser positivas se deberá tratar en un tiempo oportuno ya que esta es la única manera de prevenir la transmisión materno fetal para lo cual se utilizara y se hará uso de las pruebas de tamizaje de ELISA, en caso de esta ser positiva se procederá a la realización de la prueba confirmatoria de Western Blot (87).

Tratamiento

El inicio del tratamiento es para evitar la multiplicación de las células CD4, en el caso de tener 1000 copias en ML se puede acceder a un parto normal y si el caso es de 250 copias se debe optar por el fármaco NVP o nevirapina lo cual debe ser vigilado durante las primera 12 semanas de tratamiento ya que puede deberse a una toxicidad pero siguiendo el esquema de elección se basa en el uso farmacológico de TDF o tenofovir + 3TC o lamivudina + EFV o efavirenz cuanto al tratamiento alternativo zidovudina + lamivudina + efavirenz, al momento del intra parto se debe administras zidovudina 2mg/kg que debe ser administrada en una hora seguida de otra dosis de 1mg/kg en una hora hasta el momento del clampeo del cordón umbilical en casos extremos de no estar a la disposición de zidovudina intravenosa se administrara vía oral 12 horas antes de la cesárea programada en dosis de 300mg cada 3 horas (88).

2.3.10. Patologías de líquido amniótico

El líquido amniótico es importante para el desarrollo fetal ya que este tiene alguna funciones para el feto como es protección contra infecciones, el traumatismo y

comprensión del cordón umbilical, por otro parte también se convierte patológico cuando existe un aumento llamado Polihidramnios o una disminución conocida como oligohidramnios en lo que corresponde al líquido amniótico representa o se encuentra asociado a la morbilidad neonatal (89).

- **Oligohidramnios**

Los oligoamnios se encuentra asociado a patologías mal formaciones a nivel gastrointestinal , respiratorio y renal del feto ya que este órgano es el principal productor y a la misma vez regula la cantidad producida, causas maternas que desencadena esta patología se identifican hipertensión materna, diabetes gestación y presencia de síndrome antifosfolípido o como también patologías placentarias (89). Su diagnóstico se lo hace mediante un examen físico pero tiene a la vez que ser confirmada con una ecografía misma que identificara o calculara el nivel de líquido amniótico que se presentan en las bolsas, a la vez con la ayuda de la ecografía se valorara el crecimiento fetal y estructuras de los riñones y tracto urinario, con la ayuda de otro medio de valoración se utilizara el doppler mismo que valora las arterias de los riñones del feto (90).

- **Polihidramnios**

Los polihidramnios se refiere cuando existe mayor cantidad de líquido amniótico Esta patología se puede desarrollar por diferentes causas ya sean materna o fetales entre las que podemos mencionar con respecto a las fetales son las malformaciones a nivel del sistema gastrointestinal, materna son las causantes los trastornos metabólico como es la diabetes, anomalías placentarias, su diagnóstico se clasifica en cuatro fases de severidad como es leve cuando se mantiene en 25 – 29 ILA, moderado de 30 – 34 de ILA y severo ya sea mayor o igual 35 ILA, el tratamiento se basa en un amniodrenaje hasta alcanzar niveles de 20 de ILA (91).

2.3.11. Otras causas maternas

- **Embarazo gemelar**

El embarazo gemelar cuando dos fetos coexisten en el útero en una misma gestación considerando que los gemelos monozigóticos o conocidos como idénticos que son provenientes de un solo cigoto la clasificación gemelares como embarazo gemelar bicoriales: el feto tiene su propia placenta y saco amniótico, embarazo gemelar monocoriales biamnióticos: es decir que los fetos tienen una placenta pero cada uno un saco amniótico, embarazo monocoriales y monoamnióticos: los fetos comparten un misma placenta y mismo saco amniótico. Los embarazos gemelares ha incrementado debido a que existen algunas técnicas de reproducción y a la edad avanzada de la madre, los embarazos dizigóticos son más frecuentes que los monozigóticos, por otra parte a pesar de que no se utiliza una técnica de reproducción la estimulación ovárica también aumenta el riesgo de gestaciones dizigóticas como son la edad materna dentro de 15 y 35 años de edad debido a que existe niveles elevados de FSH en los ciclos ováricos, como también la etnia manteniendo una incidencia elevada en la raza negra también para esto influye el peso y la estatura con un IMC mayor a 30 y talla de 1.65cm tienen mayor riesgo de tener embarazo gemelar y antecedentes familiares con embarazos gemelares (92).

El embarazo gemelar se encuentra asociada con mayor frecuencia complicaciones que comprometen la vida de la madre y el feto, mismo que las madres con este embarazo presenta con mayor facilidad abortos, hiperémesis gravídica, anemia, hipertensión gestacional, trastornos hemorrágicos, dentro de las complicaciones que comprometen la vida del feto son el parto prematuro, muerte fetal, restricción del crecimiento fetal (93).

Frecuencia de embarazos múltiples según semana gestacional

Considerando que la prematuridad es una de las complicaciones más frecuentes de las gestaciones múltiples se encuentra ligada a la sobre distensión uterina, siendo

responsable en las gestaciones gemelares teniendo más incidencia de partos prematuros los embarazos que cursan menor a 37 semanas con un 50%, menor a 34 semanas a un 15% y 18%, menor a 32 semanas el 10 y 12% y menor a 28 semanas el 5%, mientras que en las gestaciones triples menor a 35 semanas tiene un índice de 75%, menor de 32 semanas con el 25 - 50% y menor a 28 semanas el 20 y 30% (94).

Diagnóstico de corionicidad

La única manera de establecer un diagnóstico de corionicidad fiable se la debe realizar mediante una ecografía ya que esta mide la longitud cervical e identifica significativamente el riesgo de un parto prematuro generalmente se lo realiza en la semana 14 y ultrasonido para que este sea fiable y conocer qué tipo de gestación es, bicorial, monocorial y biamniótica, monocorial y monoamnióticas (94).

Control de gestación gemelar

Nutrición: ganancia significativa de 15 a 20kg, seguimiento durante el embarazo cada 15 hasta llegar a la semana 20 de la gestación y luego cada semana, educar sobre los síntomas de alarma de una amenaza de parto pretérmino, cambio de estilos de vida y reposo, evitar el tabaquismo, evitar cargar pesos superiores a 10kg trabajo con maquinaria pesada, bipedestación mayor a 3 horas, estrés ambiental (95).

- **Corioamnionitis**

La corioamnionitis es utilizada como término histológico quien define y hace referencia a la inflamación del amnios, corion o membranas ovulares o placentarias que es desarrollada por bacterias que se localizan en el líquido amniótico las membranas fetales, placentarias y útero mismo que también hace referencia la infiltración leucocitaria (96).

La corioamnionitis es considerada como una de las causas que llevan a la mortalidad fetal y a la morbilidad perinatal y materna en la segunda mitad de la gestación misma

que se encuentra ligada a la prematuridad sin considerar la edad gestacional teniendo en cuenta que es causante de desarrollar la parálisis cerebral infantil (97).

Etiopatogenia

A la mayoría de las pacientes presentan un cuadro poli microbiano es decir que hay dos o más bacterias conjuntamente con aeróbicos y anaeróbicos se considera que la infección se debe a RPM la bacterias que desarrollan la infección son Echericha coli, chlamydia trachomatis, listeria monocytogenes, micoplasma, ureoplasma y estreptococo beta hemolítico, la primera forma de infectar y por la única vía es por medio de la mucosa vaginal que de forma ascendente emigra por el canal cervical y llegan a la cavidad amniótica además de considerar que existen otra vías menos frecuentes de infectar el líquido amniótico como son vía hematógena que se da por agentes patógenos que provienen de otro foco infeccioso o sepsis materna, por causa de procedimientos invasivos como la amniocentesis, cordocentesis fotoscopica. Dentro de los factores predisponentes a la infección es mantener actividad sexual, deficiencia de actividad antimicrobiana por déficit del consumo de zinc en la dieta, aumento del pH vaginal y escasa producción de moco cervical, mal nutrición de la madre, infecciones vaginales durante el embarazo, el tiempo de RPM (98).

Cuadro clínico

Temperatura axilar materna mayor a 38°C en tomas consecutivas acompañado de taquicardia mayor a 100 latidos por minuto, con taquicardia fetal mayor a 160 latidos por minuto, sensibilización uterina con dolor abdominal o dinámica uterina, leucorrea de mal olor o con características purulentas, mayor a 50 leucos y polimorfo nucleares invadiendo paredes de los vasos fetales (98).

Tratamiento

Según la determinación del estado de la paciente y estado del feto se tomara medicas como hospitalización, dite rica en zin evitar el coito durante las segunda mitad del embarazo, en el caso de hospitalización se debe administra antibiótico terapia e

hidratación, cultivo cérvico vaginal, valoración de la madurez fetal, control de signos vitales según score mama, se valorara dilatación y borramiento evitando hacer lo menos posible el tacto vaginal, en últimos de los casos se comenzara con inducción para terminar la gestación (98).

2.3.12. Patologías neonatales

- **Restricción del crecimiento fetal**

Retraso del crecimiento intra uterino se define como el resultado de la falla del feto en alcázar su crecimiento secundario a la trasferencia de deficiente de nutrientes de la madre hacia el feto a enfermedades vasculares o a causas genéticas, agentes infecciosos o factores psicosociales por lo que presenta un riesgo significativo de morbilidad perinatal y si el feto se encuentra en un percentil de crecimiento menor a 10 (99).

Clasificación

La clasificación se basa en el grado de severidad y el inicio en donde el retardo del crecimiento intra uterino severo es el que da un pronóstico de aumento de mortalidad neonatal y se basa en peso emitido por el ultrasonido se estima que este debe estar por debajo del percentil 3 para la edad gestacional, el retraso de crecimiento intra uterino temprano se la realiza antes de las 32 semanas de gestación misma que se encuentra ligada a la prematuridad, preeclampsia y alteraciones en la placenta mientras que en el retraso intra uterino tardío se la realiza después de las 32 semanas de gestación misma que se encuentra asociada a enfermedades placentarias de menor intensidad (100).

Fisiopatología

El retraso de crecimiento intra uterino por insuficiencia placentaria determina la falta de oxigenación y nutrientes por lo que activa a l feto a activar algunos mecanismos de

adaptación lo que influye cambios metabólicos, endocrinos, cardiovasculares, en la hemodinámica se observa vaso dilatación en la parte cerebral y ocurre mayor el deterioro fetal (99).

Etiología

Privación nutricional de parte de la madre, trastornos hipertensivos, trastornos metabólicos, enfermedades renales, respiratorias consumo de alcohol, tabaco drogas psicoactivas, antecedentes de RCIU, por causa fetales anomalías cromosómicas, infecciones fetales y gestación múltiple dentro de las causas placentarias encontramos infartos placentarios, insuficiencia placentaria, placenta previa, corioamnionitis crónica, cordón umbilical anormalmente inserccionado, única arteria umbilical (101).

Diagnóstico

Al realizarse un diagnostico antenatal se debe realizar mediante una ecografía confiable durante el primer trimestre para saber edad gestacional, por otro lado el examen con el ultrasonido para conocer el peso fetal, buscar mal formaciones congénitas, valorar el líquido amniótico y vecilometria Doppler fetal (102).

Tratamiento

Monitorizar la unidad feto placentaria controlando el perfil biofísico e índice de líquido amniótico, curva de crecimiento por medio de ultra sonidos y vecilometria Doppler, valoración nutricional para ganancia de peso, eliminar habito de tabaco y alcohol por último se dará a la interrupción del embarazo si el embarazo es mayor a las 32 semanas de gestación debe valorarse la madurez pulmonar en el caso de inmadurez debe inducirse la madurez pulmonar con el uso de corticoides, valora el perfil biofísico $>6 / 10$, presencia de oligoamnios (102).

2.4. Marco Legal

2.4.1. Constitución de la República del Ecuador:

La Constitución de la Republica, hace referencia a la atención sanitaria de calidad que se deben brindar a todos los usuarios mismos que son mencionadas en los siguientes artículos (103):

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria

Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado.

Art. 43.- El Estado garantizará a las mujeres embarazadas y en periodo de lactancia los derechos a:

- 1. No ser discriminadas por su embarazo en los ámbitos educativo, social y laboral.*
- 2. La gratuidad de los servicios de salud materna.*
- 3. La protección prioritaria y cuidado de su salud integral y de su vida durante el embarazo, parto y posparto.*
- 4. Disponer de las facilidades necesarias para su recuperación después del embarazo y durante el periodo de lactancia.*

Art. 50. El Estado adoptará las medidas que aseguren a los niños y adolescentes las siguientes garantías:

- 1. Atención prioritaria para los menores de seis años que garantice nutrición, salud, educación y cuidado diario.*

2.4.2. Código de la niñez y adolescencia

Este derecho obliga a los establecimientos a brindar los cuidados respectivos tanto a la madre y el recién nacido salvaguardando la vida de los dos (104).

Art.30.- Obligaciones de los establecimientos de salud.
- Los establecimientos de salud, públicos y privados, cualquiera sea su nivel, están obligados a:

- 1. Mantener los registros individuales en los que consten la atención y seguimiento del embarazo, el parto, el puerperio; y registros actualizados de los datos personales, domicilio permanente y referencias familiares de la madre.*

2. *Garantizar la permanencia segura del recién nacido junto a su madre, hasta que ambos se encuentren en condiciones de salud que les permitan subsistir sin peligro fuera del establecimiento.*

2.4.3. Plan nacional del buen vivir y objetivos del milenio

El plan nacional del buen vivir, los objetivos del milenio y las metas buscan disminuir en su totalidad la muerte materna mediante acciones de prevención y promoción (105):

1. *El plan nacional del buen vivir tiene como objetivo 3: mejorar la calidad de vida de la población e incluye como meta disminuir el 35% la mortalidad materna al año 2013, objetivos de desarrollo del milenio 5: mejorar la salud materna, meta 5: reducir la mortalidad materna en tres cuartas partes (75%) hasta el 2015.*

2.4.4. Estrategias de alarma materna

La estrategia de alarma materna emplea objetivos con la finalidad de realizar una detección temprana para brindar un tratamiento oportuno y reducir las complicaciones maternas (37):

Objetivo general: *Evitar muertes maternas mediante la identificación oportuna de riesgo materno, e traslado inmediato y manejo oportuno y de calidad.*

Objetivo específico:

1. *Identificar oportunamente a una mujer en el embarazo, parto y puerperio, con riesgo (complicación obstétrica).*
2. *Mejorar el manejo oportuno para prevenir su muerte.*
3. *Mejorar la gestión de respuesta inmediata.*

2.4.5. Ley de Maternidad Gratuita y Atención a la Infancia:

La ley de la maternidad gratuita hace referencia a una atención de calidad y calidez con todos los beneficios hacia la madre y recién nacido (106):

Art. 1.- Toda mujer tiene derecho a la atención de salud gratuita y de calidad durante su embarazo, parto y post-parto, así como al acceso a programas de salud sexual y reproductiva.

De igual manera se otorgará sin costo la atención de salud a los recién nacidos -nacidas y niños-niñas menores de cinco años, como una acción de salud pública, responsabilidad del Estado.

a) Recién nacidos o nacidas y niños o niñas menores de 5 años de edad: Se asegura la necesaria y oportuna atención en los diferentes niveles de complejidad a los recién nacidos o nacidas y sanos o sanas, prematuros.

-prematuros de bajo peso, y/o con patologías (asfixia perinatal, ictericia, sufrimiento fetal y sepsis), a los niños o niñas menores de 5 años en las enfermedades comprendidas (AIEPI).

2.5. Marco Ético

2.5.1. Código Deontológico del CIE par la profesión de enfermería.

El código deontológico hace referencia a una atención de buena calidad que brinde cuidados de excelencia a todos los usuarios mismos que son descritos en los siguientes artículos (107):

La enfermera y las personas: La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería.

Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad.

La enfermera se cerciorará de que la persona, la familia o la comunidad reciben información suficiente para fundamentar el consentimiento que den a los cuidados y a los tratamientos relacionados.

La enfermera y la profesión: A la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería.

2.5.2. Ley de ejercicio profesional de enfermeras y enfermeros del Ecuador:

La ley del ejercicio profesional asegura la atención de calidad científica con el seguimiento de las normas del Ministerio De Salud Pública (108):

La profesión

El ejercicio de la profesión de enfermería en el Ecuador, asegurará una atención de calidad científica, técnica y ética; que deberá ejecutarse con los criterios y normas de educación que establezca ASEDEFE y las escuelas de enfermería universitarias y las políticas, dirección, lineamientos y normas del Ministerio de Salud Pública y de la Federación de Enfermeras y Enfermeros.

Art. 7.- *Son competencias y deberes de las enfermeras y enfermeros:*

Ejercer funciones asistenciales, administrativas, de investigación y docencia en las áreas de especialización y aquellas conexas a su campo profesional.

Dar atención dentro de su competencia profesional a toda la población sin discrimen alguno.

Realizar o participar en investigaciones que propendan al desarrollo profesional o que coadyuven en la solución de problemas prioritarios de salud.

Dar educación para la salud al paciente, la familia y la comunidad.

CAPÍTULO III

3. Metodología de la investigación

3.1. Diseño de la investigación

La presente investigación tiene un diseño bimodal, es decir cuali-cuantitativa y no experimental.

Cuali-cuantitativa: Se tuvo como finalidad la descripción completa y detallada de las cualidades de un fenómeno, también se proporcionará datos de manera numérica.

No experimental: El investigador únicamente observo y reporto cuales fueron las causas que ocurrieron en la realidad mismos que deberán ser mencionados.

3.2. Tipo de la investigación.

Estudio investigativo de tipo descriptiva, observacional, documental y transversal.

- **Descriptivo:** Esta investigación fue descriptiva lo que me permitio recoger información acerca de los potenciales motivos o causas por lo que un embarazo aparentemente normal se desencadena en un parto pretérmino
- **Observacional:** Se limitó a observar y registrar los acontecimientos sin intervención del investigador.
- **Documental:** Se recogió información de las historias clínicas.

- **Transversal:** Se efectuó en un lapso de tiempo cortó, recolectando datos en un solo momento y tiempo único mismo que nos ayudara a describir las variables y analizar su incidencia.

3.3. Localización y ubicación del estudio

La investigación se realizó en el Hospital Provincial Delfina Torres De Concha, de la ciudad de Esmeraldas, durante el segundo semestre del año 2017.

3.4. Población.

3.4.1. Universo y muestra

El universo y la muestra fueron constituidos por todas las gestantes que fueron atendidas en el Hospital Delfina Torres De Concha cuyos partos terminaron antes de las 37 semanas.

3.4.2. Criterios de inclusión.

- Todas las gestantes que fueron atendidas en el servicio de Gineco Obstetricia del HDTC, cuyos partos terminaron antes de las 37 semanas.

3.4.3. Criterios de exclusión

- Todas las gestantes cuyas historias clínicas se encuentren incompletas

3.5. Operacionalización de variables.

• Identificar las características sociodemográficas de la población objeto de estudio				
variable	Definición	Indicador	Dimensión	Escala
Características socio Demográficas	Características demográficas Básicas constituyen una operación estadística conformada por la colección de indicadores (109).	Edad	años cumplidos	
		Estado Civil	Referencia del registro civil	casada soltera unión libre viudo divorciado
		Instrucción	años aprobados	Primaria Secundaria Universitaria Analfabeta
		Etnia	auto identificación	Indígena Mestizo Afro ecuatoriano Montubio Otros
		Procedencia	Lugar donde vive	Sector Urbano. Sector Rural Sector Urbano marginal
		Ocupación	Socio económica	Estudia Trabaja independientemente Trabaja dependientemente Quehaceres domésticos

• Describir las condiciones gineco obstétricas de las gestantes incluidas en la muestra objeto de la investigación				
Variable	Definición	Indicador	Dimensión	Escala
Condiciones gineco obstétricas	Se ocupa de la reproducción humana y de las afecciones génito - mamarias estudio anatómico, fisiológico y patológico, así como el embarazo, parto, puerperio normal y patológico (110).	Antecedentes Ginecológicos	Edad de su menarquia	Porcentaje
			Inicio de actividad sexual.	Nº _____
			Número de parejas sexuales	Nº _____
			Enfermedades de transmisión sexual	Porcentaje
		Antecedentes obstétricos	Gestas	Nº _____
			Partos	Nº _____
			Cesáreas	Nº _____
			Embarazo gemelar	Nº _____
			Abortos	Nº _____
			Periodos inter-gestacionales	Nº _____
			Partos prematuros previos	Nº _____
		Datos de la gesta actual	Semana de gestación	22 – 30 semanas 31 – 33 semanas 34 - 37 semanas
			Nº de controles	>A 5 controles < a 5 controles Ninguno

• Establecer los diagnósticos de ingreso y alta de las gestantes que tuvieron partos pretérminos				
Variable	Definición	Indicador	Dimensión	Escala
Diagnósticos	Se basa en el análisis de datos seguros es indispensable para establecer el tratamiento adecuado (111).	Diagnósticos de ingreso.	Código CIE 10	Placenta previa
				Desprendimiento placentario
				Insuficiencia cervical
				Preclamsia
				Eclampsia
				Síndrome de Hellp
				Anemia ferropénica
				Diabetes gestacional y obesidad
				Colestasis hepática
				Esteatosis aguda
				Infecciones del tracto genitourinaria
				Infecciones de transmisión sexual
				Infecciones vaginales
				Patologías neonatales
		Intervenciones realizadas	Código CIE 10	Parto eutócico
				Parto distócico
				Salpingectomías
		Diagnósticos de alta	Código CIE 10	Hipertensión arterial crónica
				Hipertensión gestacional
				Diabetes mellitus gestacional
				Obesidad
				Infección de transmisión sexual Pacientes viviendo con el virus del sida

3.6. Método de recolección de datos

El instrumento a utilizarse en la presente investigación fue una **Ficha de Recolección de Datos** : Mismos datos que serán tomados de la historia clínica de cada paciente para lo cual para iniciar este estudio se entregara un oficio al hospital Delfina Torres De Concha para que se permita tener el acceso al área de estadística para realizar sus respectivas revisiones de las historias clínicas de las pacientes que terminaron su embarazo en parto pretérmino mismas que fueron atendidas durante el periodo de Septiembre 2016 a Febrero 2017 de tal manera que las variables aplicadas serán características sociodemográficas de la población, antecedentes Gineco obstétricos, diagnósticos de ingreso, egreso y vías de culminación del embarazo.

3.7. Análisis de datos.

Los datos recolectados fueron analizados y sistematizados en gráficos y tablas estadísticas en la que contienen información destacada sobre las causas principales que desencadenaron el parto pretérmino comprometiendo la salud de la madre y el feto que fueron asistidos en el Hospital Delfina Torres De Concha Sur.

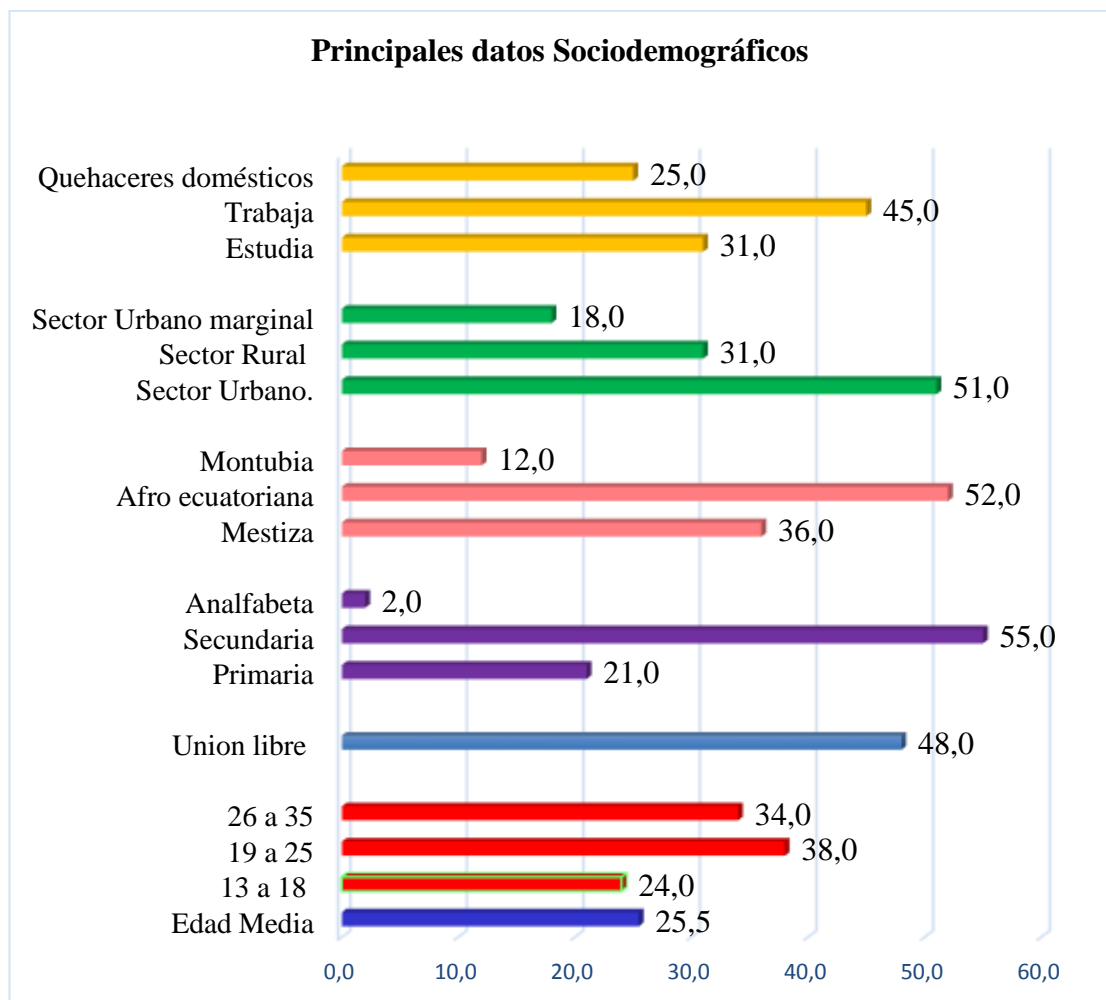
CAPÍTULO IV

4. Resultados de la Investigación

Una vez que se aplicó el instrumento de la investigación, se tabuló los datos mismos que muestran cifras estadísticas de las diferentes variables a continuación se detallara los principales resultados.

4.1. Características socio demográficas

Gráfico 1. Sociodemográficas.



Análisis, Los datos del gráfico 1 evidencian una edad media de 25,5 años. El grupo más representativo es el que tienen entre 19 a 25 años con el 38% así como el de 26 a 35 años de edad que registra un 34%, con un grupo de alto riesgo como son los embarazos en adolescentes con el 24%, en lo que respecta al estado civil destaca la unión libre. Más de la mitad de la población tiene secundaria incompleta, y se auto identifica como afro ecuatoriano mismas que se encuentran ubicadas dentro del sector urbano rural y sectores marginales, se dedican a trabajar y se identifica en la actualidad que el 25% se dedican a los quehaceres domésticos. Datos referidos por el INEC en el 2011, mencionan que la población representa una edad media de 26 años de edad, edad fértil dentro de los 15 a 49 años con el 49%, se destaca la unión libre el 38,6%, la casada representa el 15,5%, según la auto identificación afro ecuatorianas corresponde al 59%, un 14% identificados como negro y 27% mulatos (112). El nivel de escolaridad representa el 8,9%, consideran que la tasa bruta de desempleo que existe en esmeraldas es de un 45,7% y un sub empleo del 55,7% (113). Un estudio realizado en Honduras sobre la Caracterización del Nacimiento Pretérmino en Embarazadas estima que el 69,2% representa a una población en edad reproductiva normal de 19 a 39 años, el 42,3% ha desarrollado parto pretérmino dentro de 19 a 25 años (114). Datos de las investigaciones citadas son relativamente similares con lo que se obtiene en la presente investigación especialmente en lo referente a edad ya que se evidencio que una parte minoritaria se debe a embarazos en adolescentes considerándose un grupo de riesgo, al igual que el nivel de instrucción mismos que se evidenciaron que se encuentran en un nivel deficiente en cuanto a la educación, en relación a la procedencia es otro de los problemas más comunes mismo que debido al difícil acceso a las entidades de salud de manera oportuna , la población esmeraldeña en especial las mujeres en edad fértil presentan muchas similitudes con las sus similares latinas mismas que la presencia de partos pretérminos se debe al déficit de control prenatal.

4.2. Condiciones gineco - obstétricas de las gestantes en estudio

Tabla 1. Antecedentes Gineco – Obstétricos

Menarquia	
10 a 12 años	97%
Inicio de actividad sexual	
14 a 16 años	55%
ITS	
ITS	16%
PVVS	10%
Número de parejas sexuales	
1 a 2 Parejas sexuales	72%
3 a 5 parejas sexuales	28%
Número de hijos	
Uno a dos	65%
Partos previos	
P. eutócicos	65%
Partos distócicos	73%
Abortos	12%
Semana gestacional actual	
Media de edad Gestacional 33,5	85%
Número de controles	
1 a 2 controles	29%
3 a 4 controles	51%
Ninguno	4%
Periodo Intergenésico	
1 a 2 años	39%
3 a 5 años	42%

Análisis: De acuerdo a la tabla 1, los antecedentes Gineco obstétricos expresan, la mitad de la población inicia su actividad sexual en la etapa adolescente comprendida de 14 a 16 años, el núcleo familiar desintegrado ocasiona que tengan más de 3 parejas sexuales siendo esta la razón por la alta incidencia de infecciones de transmisión sexual que corresponden a un 16% al igual que pacientes seropositivas con el 10%, en el caso de gestas anteriores evidencia que generalmente estos terminaron por partos eutócicos y distócicos en más del 60 % de los casos, se registraron 12 % de casos de abortos y embarazos gemelares en un 13%; Destaca que el 42% tiene un periodo intergenésico de 3 a 5 años. La semanas gestacionales media del 33,5 fue en la que mayoritariamente se presentaron los partos pretermino que corresponden al 85%, el número de controles prenatales de 3 a 4 consultas corresponden al 51%. Un estudio realizado en Argentina en el 2015 refirió que, el parto vía vaginal ocupaba un 53,3% frente a las cesáreas que destaca cifras del 46,7%, la prevalencia de abortos el 47,8%, un periodo Inter gestacional del 2 a 5 años el 60% (115). En Colombia se evidencia que el 47,2% corresponde a gestantes que tienen de 1 a 3 hijos, las consultas prenatales el 51,7% corresponden al primer trimestre de gestación, 39,3% al segundo trimestre gestacional (116), (117). Gestantes con partos pretérminos previos antes de las 35 semanas de gestación tienen el riesgo padecer un nuevo embarazo con el 15% de probabilidad de parto pretérmino, si tiene de dos o tres antecedentes se evidenciará que el riesgo será de 41% aumentándose a un 67% (118). En correlación a estudios citados anteriormente se evidenció que a menor edad inician su actividad sexual y mayor número de parejas sexuales tengan por la inestabilidad del núcleo familiar las cifras de contagio de infecciones de transmisión sexual irán aumentando convirtiéndose en una problemática a nivel mundial, la culminación de todos los embarazos anteriores se identificó que las cesáreas mantiene cifras altas mismas que no cumplen con la norma establecida por la OMS, el periodo intergenésico está considerado normal después de que haya transcurrido un año mismo que será adecuado para una nueva gesta, las consultas prenatales son un problema de gran magnitud ya que estas se encuentran disminuidas siendo otra de las causas más preocupantes para el personal de salud ya que esta es el único medio por el cual se puede realizar el seguimiento al grupo de riesgo, el número abortos es mucho menor a lo referido en el estudio citado dato que se lo puede relacionar a que en Ecuador el aborto es aun penalizado.

4.3. Diagnósticos de ingreso o iniciales y egreso

Tabla 2. Patologías de ingreso o iniciales

Patologías	Diagnósticos de Ingreso
Patologías Hipertensivas	53%
Infección de transmisión sexual	31%
Anemias del embarazo	25%
Infección tracto urogenital	20%
Trastornos metabólicos	15%
Hemorragias Obstétricas	13%
Patologías de líquido amniótico	11%
Embarazo gemelar	8%
Pacientes viviendo con el virus del sida	8%

Análisis: en relación a la tabla 2, Con respecto a los Diagnósticos de ingreso se evidencio que más de la mitad de la población ingreso con trastorno hipertensivos con el 53% las infecciones de transmisión sexual corresponden al 31%, la anemia desarrolladas durante el embarazo, los trastornos metabólicos, hemorrágicos y patologías neonatales y patologías del líquido amniótico son las responsables del 11 al 25% y con un porcentaje menor se evidencia el embarazo gemelar y pacientes con PVVS causantes del 8%. La Organización Mundial De La Salud indica que los países en vías de desarrollo son más afectados en América Latina y el Caribe, describen a patologías hipertensivas entre ellas la preeclampsia que representa el 5 al 10% siendo una de las causas principales de morbilidad y mortalidad y a nivel mundial con el 40 a 80% acompañadas con mayor frecuencia de la restricción del crecimiento neonatal (119). En Venezuela las patologías maternas son responsables del 57,41% de partos pretérminos, evidenciándose la preclamsia es responsables del 14%, la anemia durante el embarazo el 5,52%, trastornos hemorrágicos el 24,33%, patologías del líquido amniótico 6,58%, otras patologías asociadas son las infecciones de vías urinarias del

14,13%, diabetes gestacional el 14,35%. (120). En Colombia las cifras son crecientes, su prevalencia de VIH en la embarazada es del 0,22% acompañada de enfermedades de transmisión sexual el 22,6%, a nivel de América latina se ubica en sexto lugar con el 4,6% (121). En Ecuador la infección del virus del VIH – SIDA refirió que la tasa natural de infección de madre a hijo es de un 25 al 40%, un estudio realizado en la Universidad de Washington explica que Argentina tiene la mayor cifra de 7,8%, seguidos de Bolivia con el 4,8%. Ecuador se encuentra en quinto lugar con el 3,9% a nivel de América Latina, Según la analista de la estrategia VIH-Sida del Ministerio de Salud Pública la prevalencia de mujeres embarazadas con VIH con el 0.18% (122), (123). Datos publicados por la encuesta nacional de salud y nutrición refiere que en el Ecuador la anemia ferropénica afecta casi a la mitad de la población gestante el 46,9%, trae repercusiones del 35% al 75% en la salud gestante (124). En la citas bibliográficas mencionadas evidenciaron que las patologías maternas son las responsables del presencia del parto pretermino entre las que se identificaron son patologías hipertensivas, infecciones de transmisión sexual y hemorragias obstétricas que son las principales causas de morbi mortalidad ya que compromete la salud del binomio, mismas patologías que pudieron ser diagnosticadas oportunamente en el primer nivel de atención con la captación del grupo de riesgo como son las embarazadas al igual que con la ayuda de los controles prenatales, en la actualidad la tasa de contagio por el VIH se encuentra en aumento con cifras muy significativas ya que a nivel de América Latina y el Caribe ocupamos un quinto lugar por lo que se a convertido en un problema para el país.

Tabla 3. Diagnósticos de egreso

Patologías	Diagnóstico de Egreso
PP + Hipertensión Gestacional	49%
Parto pretermino	23%
PP + Obesidad	14%
PP + PVVS	8%
PP + Hipertensión arterial Crónica	4%
PP + Diabetes Mellitus	2%

Análisis: En la tabla 3; Se evidencia que los trastornos hipertensivos se presentaron en casi la mitad de la población el 49%, a la vez los desórdenes alimenticios adoptados por la población esmeraldeña son responsable del 14% que presentan obesidad mientras pacientes viviendo con el virus del sida corresponden al 8% y con una cifra minoritaria del 4% al 2% que son responsables de enfermedad crónico degenerativas. Un estudio realizado en México refiere que los trastornos hipertensivos post parto tienen una incidencia del 66% que son remitidas con este diagnóstico posterior a su ingreso inicial misma que si no es tratada se complica con una eclampsia, edema agudo de pulmón, evento cerebro vascular, también se identifica que el 50% es responsable de la eclampsia se puede presentar acompañado de convulsiones en un 26% estas aparece después del 48 horas post parto (125). En España un estudio refiere que las gestantes valoradas durante el embarazo mantenía un 32% sobre peso y 21% obesidad, después de los 6 meses post parto el sobrepeso alcanza 33,4% y la obesidad 22,3% (126). Datos obtenidos por diferentes citas bibliográficas hacen mención a los trastornos hipertensivos mismas que aparecen después de las 48 horas post parto ya que se encuentran asociada a la obesidad y el sobre peso, a las que se debiera realizar el seguimiento. Los Diagnósticos de egreso hacen menciona a las principales patologías presentadas por las madres al momento de su egreso y no precisamente a aquellas con las que ingresaron que fueron resueltas en el tiempo de hospitalización.

Tabla 4. Intervenciones de culminación de los embarazos actuales

Vías de culminación del parto	
Cesáreas	56%
Partos Normales	37%

Análisis: Datos de la tabla 4, evidencia las vías de culminación del embarazo con gran impacto es la cesárea que corresponde al 56% su aumento se debe a problemas de trastornos hipertensivos, seguidos del 37% a partos normales Estudios realizados por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador en el 2011, refieren que las cesáreas ocupan el primer lugar como intervención para resolver los trastornos hipertensivos en el embarazo y este tipo de trastornos se encuentran entre las diez primeras causas de morbilidad (127). Datos obtenidos en el 2015 por el INEC refiere en un boletín de información sobre tipos de partos y cesárea, que a nivel del sistema de salud pública se evidencio el 34,80% corresponde únicamente a las cesáreas mientras que en entidades privadas como es el IESS mantiene cifras del 55,10%, frente a otras entidades privadas como clínicas, consultorios particulares se identifica una cifra significativa del 80,13%, mientras que en Esmeraldas corresponde al 34,13% (128). La Organización Mundial de la Salud anuncia que en ningún país del mundo se justifica que el parto por cesárea sea mayor que el 10 al 15% (129). Los resultados obtenidos de las citas bibliográficas presentan similitud al presente estudio en lo que respecta al aumento de las cesáreas ya que este es el único medio por el que se resolvieron las patologías hipertensivas durante el embarazo con la finalidad de salvar la vida del binomio materno fetal pero que a la vez no cumple con la norma establecida por la OMS ya que su tasa se encuentra elevada.

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

- Entre las características socio demográficas destaca como edad más repetitiva a quienes tuvieron entre 19 a 25 años, más de la mitad de la población se auto identifica como afro ecuatoriana, con una instrucción secundaria incompleta, predomina la unión libre, en la actualidad se identificó que las actividades en los quehaceres domésticos han disminuido.
- En los antecedentes Gineco - obstétricas se identificó que más de la mitad de la población inicia su actividad sexual en la etapa adolescente y tienen más de 2 hijos, un periodo intergenésico de 3 a 5 años considerado normal, el parto pretérmino sucedió mayoritariamente entre la 34 – 36,6 semana gestacional.
- Entre los diagnósticos de ingreso y egreso presentados en las gestantes objeto de estudio destacan los trastornos hipertensivos, seguidos de las enfermedades de transmisión sexual y de los trastornos metabólicos como anemias, diabetes con el aumento del número de cesáreas.
- Los contenidos de la guía de prevención pretenden aportar a las gestantes que acuden al Hospital del Sur de Esmeraldas conocimientos sobre la importancia de cumplir con el control prenatal, a la vez educar sobre lo que debe realizar la embarazada en relación a alimentación, actividad física, actividad sexual y estilos de vida saludable, así como también indica los principales signos que una embarazada debe reconocer como alertas para acudir de manera urgente a una institución de salud.

5.2 Recomendaciones

- A las entidades de salud y educación de Esmeraldas, deberán tomar en cuenta la actual problemática del aumento del embarazo en adolescentes, mediante la aplicación de estrategias o protocolos, pues un embarazo ya es considerado de riesgo en mujeres de tempranas edades y que pueden originar partos prematuros.
- Según los resultados de la investigación los trastornos hipertensivos son los que se registran con mayor frecuencia, razón por la cual el personal del primer nivel de atención en el Sistema Nacional de Salud deberá aplicar estrategias educativas que mejoren los estilos de vida en la población. Así hacer énfasis en la importancia del control prenatal, cuidados prenatales, post natales y planificación familiar con la finalidad de prevenir y disminuir este problema.
- Los resultados obtenidos en lo que respecta a las vías de culminación del embarazo, las cesáreas se realizaron como principal intervención para resolver las patologías hipertensivas siendo esta la única manera de salvaguardar la vida del binomio, mismas patologías que pueden ser prevenibles con la captación oportuna del grupo de riesgo como son la embarazadas esto deberá ser realizado por el personal de salud que se encuentran en un primer nivel de atención en conjunto con los distritos de salud, el cual debe llegar a las áreas marginales de difícil acceso.
- La presente guía para la prevención de partos pretérminos se basa en los cuidados del embarazo e identificación de signos de alarma de peligro durante el transcurso de la gestación, este material servirá como apoyo para los internos de enfermería, así como también para el personal de enfermería que labora en el Hospital Delfina Torres De Concha, y mediante su uso permitirá educar a las mujeres en edad fértil enfatizando las patologías más frecuentes que se presentan durante el embarazo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Nacimientos Prematuros. Organización Mundial de la Salud. 2017 Noviembre;; p. 1 -2.
2. Organizaciòn Mundial De La Salud. Incidencia mundial de parto prematuro: revisión sistemática de la morbilidad y mortalidad maternas. Boletín de la Organización Mundial de la Salud. 2010 Enero; Volumen 88: p. 1.
3. Villanueva Egan , Contreras Gutiérrez. Perfil epidemiológico del parto prematuro. Ginecol Obstet Mex. 2008;; p. 544 - 545.
4. Mendoza Tascón , Claros Benítez D, Mendoza Tascón , Arias Guatibonza D, Peñaranda Ospina.. Epidemiología de la prematuridad, sus determinantes y prevención del parto prematuro. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2016 Agosto; 81(4): p. 3 -5.
5. Organización Mundial de la Salud. Nacidos Demasiado Pronto: Informe de Acción Global sobre Nacimientos Prematuros. Save the Children. 2012;; p. 1 - 6.
6. Organización Mundial De La Salud. Nacimientos Prematuros. Nacimientos Prematuros. 2016 Noviembre: p. 2 , 3.
7. El telegrafo. 5.1% de los bebés es prematuro en el país. 5.1% de los bebés es prematuro en el país. 2012 Mayo 04: p. 1.
8. La Hora. Alta incidencia de madres adolescentes. Alta incidencia de madres adolescentes. 2006 ENERO 24: p. 1 -2.
9. El Telégrafo. 5.1% de los bebés es prematuro en el país. 5.1% de los bebés es prematuro en el país. 2012 Mayo 04: p. 2.
10. Rencoret G, Ovalle A, Kakarieka E, Fuentes A. Causas Asociadas Con El Perto Prematuro Entre 22 Y 34 Semanas. Red. Med. 2012 enero martes;; p. 19.
11. Flávia Conceição P, Pereira da Costa KN, da Silva , Franco C, Costa, , Silva. Parto prematuro: enfoques presentes en la producción científica. Enfermería Global. 2016 Abril;(42): p. 391 -394.

12. Couto Nuñez D, Nápoles Méndez C, Montes De Oca S. Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales. MEDISAN. 2014;; p. 1.
13. Ahumada-Barrios E, Alvarado. Factores de Riesgo de parto pretérmino en un hospital. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2016;; p. 2 -6.
14. Ministerio de Salud Pública. El Gobierno Nacional inaugura el nuevo hospital Esmeraldas Sur “Delfina Torres de Concha”. Esmeraldas: Ministerio de Salud Pública; 2017.
15. Ministerio De Salud Publica. Hospital Delfina Torres De Concha Cuenta Con Nuevos Servicios. Quito;; 2012.
16. Donoso Bernales , Oyarzún Ebensp. Parto Pretemino. In Pares RBRP, editor. Práctica Clínica. Chile : Medwave; 2012. p. 1 - 2.
17. Organización Mundial De La Salud. Organización Mundial De La Salud. [Online].; 2015. Available from: http://www.who.int/features/qa/preterm_babies/es/.
18. Rellán Rodríguez , García de Ribera , Aragón García MP. El recién nacido prematuro. In Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología.: Asociación Española de Pediatría; 2008. p. 1 - 10.
19. Couto Núñez , Nápoles Méndez D, Montes. Repercusión del parto pretérmino en la morbilidad y mortalidad perinatales. MEDISA. 2014.
20. Ministerio De Salud Publica Del Ecuador. Recien Nacido Prematuro. Guía De Práctica Clínica. 2015 Noviembre; 1: p. 14 - 15.
21. Grupo de especialistas del Hospital de Ginecobstetricia del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social. Manejo del Parto Pretérmino. Guías de Práctica Clínica Basadas en Evidencia. 2013;(48): p. 3 -4.
22. Donoso Bernale , Oyarzún Ebensperger. Parto Prematuro. Revista Biomédica Revisada Por Pares. 2012 Septiembre 12;; p. 1.
23. González FA. Epidemiología y factores etiológicos. Manejo del parto pretermino. 2012;; p. 5 - 9.

24. Genes Barrios GB. Factores de riesgo asociados al parto pretérmino. Rev. Nac. 2012 Diciembre 12; 4: p. 8-14.
25. Romero R M. Incidencia de nacimientos. Ginecol Obstet Mex. 2014 Mayo; 82(7).
26. Organizaciòn Mundial De La Salud. Recomendaciones de la OMS para la prevención y el tratamiento de las infecciones maternas en el periparto. ; 2016 Abril.
27. Organización Mundial de la Salud. Prevención y el tratamiento de la preeclampsia y la eclampsia. Recomendaciones de la OMS para. 2014;; p. 9.
28. Saona-Ugarte. Clasificación De La Enfermedad Hipertensiva En La Gestación. Rev Per Ginecol Obstet. 2006 Diciembre; 52(4): p. 220- 221.
29. Nápoles Méndez C. Nuevas interpretaciones en la clasificación y el diagnóstico de la preeclampsia. Artículos de revisión. 2016; 20(4): p. 3 -5.
30. Abalos E. Hipertensión en el embarazo. Guía para el diagnóstico y tratamiento. 2010 Septiembre;; p. 10 -11.
31. Sosa , Guirado. Estados hipertensivos del embarazo. Revista Uruguay de Cardiología. 2013 Agosto; 28(2): p. 286 - 288.
32. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Trastornos hipertensivos del embarazo. Guía de Práctica Clínica. 2016 Diciembre;; p. 19.
33. Gómez Carbajal. Actualización en la fisiopatología de la preeclampsia. Rev. peru. ginecol. obstet. 2014 Octubre; 60(4): p. 322 -324.
34. S. Voto. Hipertensión en el embarazo. In Mestre EO, editor. Hipertensión en el embarazo. 1st ed. Argentina: Corpus; 2008. p. 55 -56.
35. López Mora J. Preeclampsia-eclampsia. Revista Latinoamericana de Hipertensión. 2007 Agosto; 2(4): p. 121 - 122.
36. Gutiérrez-Aguirre H, Alatorre R, Cantú Rodríguez. Síndrome de HELLP, diagnostico y tratamiento. Rev Hematol Mex. 2012 Diciembre ; 13(4): p. 195 - 196.
37. Ministerio de Salud Pública. Muerte materna metas nacionales. Propuestas al CES Muerte Materna. 2015 Diciembre;; p. 15.

38. O’Farrill-Santoscoy , O’Farrill-Cadena , Fragoso-Morales. Evaluación del tratamiento a mujeres embarazadas con anemia. Revista ginecología y obstetricia México. 2013 Julio; 81(7): p. 378.
39. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. Guía de Práctica Clínica. 2014 Febrero;; p. 15.
40. Espitia De La Hoz , Orozco Santiago. Anemia en el embarazo, un problema de salud que. Revista de los estudiantes de medicina de la universidad industrial de Santander. 2013 Noviembre 30; 2(3): p. 46 - 47.
41. Farías.. Obesidad materna: severo problema de salud pública en Chile. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2013; 78(6): p. 409 - 410.
42. González-Moreno , Juárez-López JS, Rodríguez-Sánchez JL. Obesidad y embarazo. Revista Médica. 2013 Agosto 1;; p. 270 - 271.
43. Manejo de la obesidad materna antes, durante y después de la gestación. Guia de atencion morbilidad materna. 2013 Junio;; p. 2.
44. Barrera H. , Germain A.. Obesidad y embarazo. Rev. Med. Clin. Condes. 2012 Febrero 20; 23(2): p. 157.
45. Huerta Chagoya , Tusié Luna M. Diabetes gestacional una enfermedad que trasciende al embarazo. 2016 Junio;; p. 18 - 19.
46. World Diabetes Foundation. Detección y manejo de la diabetes gestacional. Curso de capacitación a profesionales de la salud del distrito de barranquilla. 2012 Abril;; p. 9 - 10.
47. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre la diabetes. Organización Mundial de la Salud ; 2016.
48. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diagnóstico y tratamiento de la diabetes en el embarazo. Guía de Práctica Clínica. 2014;; p. 24 - 26.
49. Aguirre Zamorano, MA, Ortego Castro , Cuadrado Lozano J. Síndrome antifosfolípido. Urgencias. 2013;; p. 173.
50. Lawson Castrillo A, Bolaños Bravo , Vargas Pacheco. Síndrome antifosfolípidos en obstetricia. Revista medica de costa rica y centroamerica. 2015;; p. 607 -608.

51. Ministerio de salud de Panama. Programa Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo. 2015;; p. 81 -82.
52. Villar , Ruiz-irastorza G. Tratamiento del síndrome antifosfolípido en el embarazo. Seminarios de la fundación española de reumatología. 2006; 7(2): p. 59 -65.
53. Adell A, Araujo. Manejo multidisciplinario de la hemorragia obstétrica. Osakidetza Servicio Vasco de Salud. 2011 Marzo;; p. 18.
54. Ávila Darcia , Alfaro Moya , Olmedo Soriano. Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. Revista Clínica de la Escuela de Medicina. 2016 Junio 15; 6(3): p. 12.
55. Téllez Santos H, Wandurraga Barón. Placenta previa y acretismo placentario: dos grandes complicaciones de alto riesgo obstétrico. Revista de los estudiantes de medicina de la Universidad Industrial de Santander. 2006 Junio;; p. 126.
56. Ministerio de Salud Panamá. Guías de Manejo de las Complicaciones en el Embarazo. MINSA - CSS. 2015.
57. Ávila Darcia S, Alfaro Moya , Olmedo Soriano. Generalidades sobre placenta previa y acretismo placentario. Revista Clínica de la Escuela de Medicina UCR – HSJD. 2016 Junio 15; 6.
58. Ministerio De Salud Chile. Programa Nacional Salud de la Mujer. Ministerio de Salud. Guía Perinatal. 2015 Junio 04; 1.
59. Navarro Bernal , Barroso Casamitjana , Peralta Domínguez M. Desprendimiento prematuro de placenta. Manejo y cuidados en urgencias. 2014 Diciembre;(40): p. 2.
60. Mendoza González. Factores de riesgo asociados a la hemorragia obstetrica en el 3er trimestre en hospital de 2º nivel. Programa Estatal de Investigación de los Servicios de Salud de Veracruz. 2016;; p. 6 - 8.
61. Zamorano Nieves. Desprendimiento prematuro de placenta normalmente inserta. Servicio de Obstetricia y Ginecología Hospital Universitario Virgen de las Nieves Granada. 2015 Septiembre 4;; p. 2.

62. Elizalde-Valdés V, Calderón-Maldonado A, García-Rillo , Díaz-Flores. «Abruptio placentae»: morbimortalidad y resultados perinatales. Medicina e Investigación. 2015 Agosto 22; 3(2): p. 11 -112.
63. Ministerio de Salud Pública. Diagnóstico y tratamiento de infección vaginal en obstetricia. Guía de Práctica Clínica. 2014 Julio;; p. 9.
64. Perea J. Infecciones del aparato genital femenino: vaginitis, vaginosis y cervicitis. Medicine. 2010; 10(57): p. 3911.
65. Aspectos clínicos y diagnóstico de laboratorio de la vaginosis bacteriana. Revista Habanera de Ciencias Médica. 2015; 14(5): p. 615 - 616.
66. García J. Vaginosis bacteriana. Rev Per Ginecol Obstet. 2007 Septiembre; 53(3): p. 169.
67. Ministerio de salud publica. Diagnóstico y tratamiento de la infeccion vaginal en obstetricia. Guía de Práctica Clínica (GPC). 2014 Julio;; p. 18- 25.
68. Pineda-Murillo , Cortés-Figueroa Á, Uribarren-Berrueta TdNJ, CastañónOlivares L. Candidosis vaginal. Revisión de la literatura y situación de México y otros países. Rev. Méd. Risaralda. 2017; 23(1): p. 38 -39.
69. Ministerio de salud pública del Ecuador. Infección de vías urinarias en el embarazo. Guía de practica clínica. 2013 Septiembre;; p. 15.
70. Bogantes Rojas , Solano Donato. Infecciones urinarias en el embarazo. Revista médica de costa rica y centroamérica. 2010;; p. 233 - 236.
71. Vallejos , López Villegas MdR, Enríquez Guerra MÁ, Ramírez Valverde. Prevalencia de infecciones de vías. Enfermedades Infecciosas y Microbiología. 2010 Diciembre; 30: p. 1 - 5.
72. Vallejos Medic , López Villegas DR, Enríquez Guerra , Ramírez Valverde.. Prevalencia de infecciones de vías urinarias en embarazadas atendidas en el Hospital Universitario de Puebla. Revista Enfermedades Infecciosas y Microbiología. 2010 Diciembre; 30(4): p. 119 - 120.
73. Autún Rosado DP, Sanabria Padrón V, Cortés Figueroa H, Rangel Villaseñor , Hernández-Valencia. Etiología y frecuencia de bacteriuria asintomática en

- mujeres embarazadas. *Revista de Perinatol Reprod Hum*. 2015 Diciembre 6; 29(4): p. 149.
74. Ministerio De Salud Publica Del Ecuador. Infección De Vías Urinarias Durante El Embarazo. *Guia De Practica Clinica*. 2012 Noviembre 19;; p. 2 - 22.
75. Investigación de *Trichomonas vaginalis* durante el embarazo mediante diferentes metodologías. *Revista Argentina de Microbiología*. 2007 Junio; 39(2): p. 100 - 101.
76. Santos Diéguez. Tricomoniasis. *IATREIA*. 2014 Junio; 27(2): p. 200 - 201.
77. Trejos Valverde. Tricomoniasis. *Revista medica de costa rica y centroamerica*. 2012; 69(601): p. 114 - 115.
78. Samalvides-Cuba , Banda-Flores. Sífilis en la gestación. *Rev Per Ginecol Obstet*. 2010;; p. 202 - 203.
79. Saab Fernando TC. Prevalencia de sífilis en mujeres gestantes atendidas por el Programa de Protección a la Gestante (PPG) y reporte de aborto en el Estado de Sergipe, Brasil. *Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portuga*. 2016 Junio; 48(2): p. 215.
80. Murillo Calderón. Sífilis en medicina legal. *Medicina Legal de Costa Rica*. 2011 Marzo; 28(1): p. 58 -59.
81. Álvarez Hernández , Salazar Arriola A, Bocanegra Luna. Diagnóstico y manejo de la sífilis en el embarazo y prevención de la sífilis congénita. *Secretaría de Salud Pública del Estado de Sonora*. 2012; 1: p. 12.
82. Ministerio de salud pública de Ecuador. Materno infantil del vih y sífilis congénita, y de atención integral de niños/as con vih/sida. *Guía de prevención y control de la transmisión*. 2015;; p. 45.
83. Azevedo Damasceno S, Alves dos Prazeres C, Leite Araújo, A, Valdanha Netto. Asistencia a mujeres embarazadas con VIH/sida en Fortaleza, Ceará, Brasil. *Salud Colectiva*. 2013; 9(3): p. 364.
84. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Documento de consenso para el seguimiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en relación con la reproducción, el embarazo, el parto y la profilaxis de

- la transmisión vertical del niño expuesto. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 2014 Mayo; 32(5): p. 310 e2.
85. Gonzales , Borda M. A. Vih y embarazo fisiopatología, diagnóstico y tratamiento. *VIH y Embarazo*. 2017;; p. 1-2.
 86. Secretaría de Salud Mexico. Prevención, diagnóstico y tratamiento en el binomio madre-hijo con infección por el VIH. Guía de práctica clínica. 2016 Noviembre 3;; p. 9 -10.
 87. Dirección de normatización del msp. Guía de prevención y control dMaterno infantil del vih y sífilis congénita, y de atención integral de niños/as con vih/sida. Guía de prevención y control Vih. 2012;; p. 9 -12.
 88. Dirección de normatización del msp. Materno infantil del Vih y Sífilis congénita. Guía de prevención y control de la transmisión. 2015;; p. 34 -35.
 89. Gallardo-Ulloa K, Panduro-Barón , Camarena-Pulido , Quintero-Estrella I, Barrios-Prieto , Fajardo-Dueñas S. Repercusiones perinatales en embarazos a término con oligohidramnios severo. *Revista Médica MD*. 2013 Agosto 1; 4(4): p. 247.
 90. Fertilab. Problemas relacionados con el líquido amniótico. *Fertilab*. 2017 Noviembre 11.
 91. Mula. R, Bennasar. M, Palacio. M, Goncé. A, Puerto. B. Protocolo:polihidramnios en gestación única. Institut Clínic de Ginecologia, Obstetrícia Neonatologia, Hospital Clínic de Barcelona. 2012 Noviembre 27;; p. 1 -2.
 92. Instituto Guatemalteco de Seguridad Social (IGSS). Comisión de Elaboración de Guías de Práctica Clínica. [Online].; 2013 [cited 2017 03 14. Available from: <http://www.igssgt.org/images/gpc-be/ginecoobstetricia/GPC-BE%2042%20Gemelar.pdf>.
 93. Rencoret. Embarazo gemelar. *REV. MED. CLIN. CONDE*. 2014 Octubre 1;; p. 2-8.
 94. Asistencia al embarazo y parto de gestaciones múltiples. Clínic Barcelona Hospital Universidad. 2015 Noviembre 17;; p. 4 - 22.

95. Santos-Bolívar , Reyna-Villasmil , Torres Cepeda D. Utilidad del ultrasonido en embarazos gemelares. Rev. Latin. Perinat. 2016 Junio.
96. Palacios , Cobo , Plaza. Protocolo: sospecha de corioamnionitis y corioamnionitis clínica. Clínic Barcelona Hospital Universitari. 2012 Julio 01;; p. 1 - 3.
97. Rincón Ricote MI, Dans , Naranjo S, Omeñaca Teres , González González. Revista chilena de obstetricia y ginecología. 2010; 75: p. 1 - 4.
98. Koch , Romano , Jara , Sciangula M. Coriamnionitis. Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina. N. 2008 Abril;; p. 21 - 22.
99. Sepúlveda E, Crispi , Pons , Gratacos. Restricción de crecimiento intrauterino. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014 Noviembre; 25: p. 1 - 8.
100. Pimiento Infante , Beltrán Avendaño MA. Restricción del crecimiento intrauterino: una aproximación al diagnóstico, seguimiento y manejo. Rev chil obstet ginecol. 2015;; p. 493 - 502.
101. Sanín-Blair , Gómez Díaz , Ramírez , Mejía A. Diagnóstico y seguimiento del feto con restricción del crecimiento intrauterino (rciu) y del feto pequeño para la edad gestacional (peg). Consenso colombiano. Revista Colombiana de Obstetricia y Ginecología. 2009 Julio; 60: p. 247 - 256.
102. Donoso Bernal , Oyarzún Ebensperger. Restricción del crecimiento intrauterino. MedWave Revista Biomédica Revisada Por Pares. 2012 Julio;; p. 1 - 8.
103. Asamblea Nacional Constituyente. Constitucion De La Republica Del Ecuador Quito; 2008.
104. Código de la niñez y adolescencia. Derechos De Supervivencia. Código de la niñez y adolescencia. 2013;; p. 2 - 3.
105. Ministerio De Salud Pública. Por una maternidad y nacimientos seguros. Acciones realizadas para reducir la muerte materna en Ecuador. 2010 Marzo;; p. 14 - 15.
106. Constitución De La República Del Ecuador. Ley De La Maternidad Gratuita Y Atencion En La Infancia. 2006 Agosto Jueves.

107. Concejo Internacional De Enfermeras.Codigo Deontologico Del Cie Para La Profesion De Enfermeria. 2008 Mayo Lunes.
108. Fede. Ley De Ejercicio Profesional De Los Enfermeros Y Enfermeras Del Ecuador. 2011 Enero Jueves.
109. Ine. Indicadores Demográficos Básicos. In Ine. Indicadores Demográficos Básicos. Madrid : INE; 2016.
110. Gago E, Salvatore A. Gíneco Obstetricia. In Gíneco Obstetricia. Quito; 2009.
111. Díaz Novás , Gallego Machado , León González. El diagnóstico médico. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006 Marzo ; 1(3).
112. El telégrafo. Los afroecuatorianos en el censo de población 2010. El telégrafo. 2011 Septiembre: p. 1.
113. INEC. Fascículo Provincial Esmeraldas. Esmeraldas : Instituto Nacional De Estadísticas y Censos ; 2010.
114. Escalante Lanza , Delcid Morazan , Gonzalez , Carcamo Guardado J. Caracterización del Nacimiento Pretérmino en Embarazadas Atendidas en el Hospital Materno Infantil. Archivos De Mediceina. 2017 Enero; 13(1:7): p. 1 - 6.
115. Caldas Herrera M, Carrión Barreto. Factores Para La Decisión Del Parto Vaginal En Mujeres Con Cesárea Previa En La Clínica Particular Cori Gyn, Distrito Los Olivos. Revista Científica Alas Peruanas. 2016; 3(2): p. 4.
116. Córdoba , Escobar , Guzmán L. Factores Asociados A La Inasistencia Al Primer Trimestre Del Control Prenatal En Mujeres Gestantes De La Ese San Sebastián De La Plata, Huila, 2009. Revista Facultad de Salud - RFS. 2012 Junio 26; 4(1): p. 2.
117. Aguilera , Peter Soothill M. Control Prenatal. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014 Noviembre 23; 25(6): p. 882.
118. Cobo T, Baños N, Ferrero. PROTOCOLO: Manejo de la paciente con riesgo de parto pretérmino. Unitat de Prematuritat Servei de Medicina Maternofetal. 2015 Enero 14;; p. 2 - 3.

119. Iranzo , Gorostidi Pérez , Álvarez-Navascués. Hipertensión arterial y embarazo. Revista nefrologia. 2011; 4(2): p. 22 -23.
120. Ruíz Matheus , Páez Fonseca , Sekler. Análisis epidemiológico de las patologías en mujeres de edad reproductiva que acudieron a un Hospital General tipo IV. Medicina Interna. 2017; 33(3): p. 143 -144.
121. Gómez-Ríos, C, Carrillo-Rozo , Rodríguez-Ortiz. Morbimortalidad Materno-perinatal En Pacientes Con Infección Por Vih, Hospital Simón Bolívar. Revista Colombiana de Obstetricia y. 2014 Diciembre; 65(4): p. 310 - 311.
122. El extra. Salud. Ecuador no logra frenar la epidemia del VIH. 2016 Noviembre 30: p. 1.
123. Ministerio De Salud Pública. Guía de prevención y control de la transmisión materno infantil del VIH y sífilis congénita, y de atención integral de niños/as con VIH/sida. 2008 Noviembre 2;: p. 15 - 20.
124. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Diagnóstico y tratamiento de la anemia en el embarazo. 2014;: p. 8 - 9.
125. Hernández-López , Deloya-Tomas , Martínez-Mazariegos , Lomelí-Terán. Preeclampsia posparto. Rev Hosp Jua Mex. 2012; 79(3): p. 175.
126. Barrera H G, Germain A. A. Revista Médica Clínica Las Condes. 2012 Marzo; 23(2): p. 155.
127. Ministerio de Salud Pública del Ecuador. Principales causas de egresos hospitalarios. In Datos esenciales de salud. Datos esenciales de salud; 2012. p. 47 - 50.
128. Ministerio de Salud Publica. Boletín nacimientos por cesáreas 2012 - 2015. Ministerio de Salud Pública, Dirección Nacional de Estadística y Análisis de Información de Salud; 2015.
129. OMS. Declaración de la OMS sobre tasas de cesárea. , Departamento de Salud Reproductiva e Investigación; 2015.

ANEXOS

Anexo 1. Ficha de recolección de datos

 Carerra de Enfermería														
ANTECEDENTES PERSONALES														
EDAD AÑOS CUMPLIDOS				ESTADO CIVIL				INSTRUCCIÓN						
14 a 18	19 a 25	26 a 35	> 35	Casada	Soltera	Unión libre	Viuda	Primaria	Secundaria	Universitaria	Analfabeta	Divorciada		
PROCEDENCIA				AUTOIDENTIFICACIÓN				OCUPACIÓN SOCIO ECONOMICA						
Sectr. urbano	Sectr. rural	Sectr. urbano-marginal	Indígena	Mestiza	Afro ecuatoriano	Montubio	Otros	Estudia	Trabaja indepute	Trabaja dñpte	Quehaceres domésticos			
ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS				ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS								SEMANA GESTACIONAL ACTUAL		
Menarquia	Edad de inicio de actividad sexual	Nº de parejas sexuales	Enfermedad de transmisión sexual	Nº de gestas	Nº de partos	Nº de cesáreas	Nº de embarazo gemelar	Abortos	Periodo intergenésico	Partos prematuros	Patologías preexistentes	Semana gestacional actual	Nº de controles prenatales	
			si no cual					Si no cuantos		si no cuantos	si no cuales			
DIAGNÓSTICOS DE INGRESO									DIAGNÓSTICOS DE EGRESO			Vías de culminación del embarazo		Otras intervenciones
Trastornos hipertensivos	Trastornos metabólicos	Patologías hemorrágicas	ITS	Inf. vaginal	Inf. genitourinarias	Colestasis o esteatosis hepática	Patologías neonatales	Trastornos hipertensivos	Trastornos metabólicos	ITS	Parto	Cesárea	SBL	
Cual:	Cual:	Causa:	Cual:	Cual:	Cual:	Cual:	Cual:	Cual:	Cual:	Cuales:				

Anexo 2 Archivo fotográfico



"CAUSE OF PRETERM BIRTHS ATTENDED AT DELFINA TORRES DE CONCHA HOSPITAL, ESMERALDAS, 2017"

AUTHOR: Jessica Anabel Antamba Morales

DIRECTOR: MSc. Rocío Castillo Andrade

Email: jessicaantamba92@gmail.com

SUMMARY

Preterm birth or premature occurs after week 22 and before week 37 of pregnancy and it has generated a great maternal and neonatal impact. In terms of maternal morbidity and mortality, involving attention by part of the whole health team; the investigation of this problem has a bimodal design considering that it is quail - quantitative and non-experimental. Its type of research is descriptive, observational, documentary and transversal, its purpose is to know the characteristics of the preterm birth. The main objective was to categorize the causes of preterm births in patients treated at the Delfina Torres De Concha Hospital in Esmeraldas; the method for data collection was an index card, all the data was taken from the medical history. The results obtained will be entered in Excel for tabulation and subsequent analysis. As results preterm birth is presented with greater prevalence in pregnant African-Ecuadorian women in ages of 19 to 25 years old. Between the diagnoses of admission and discharge, it was evidenced that more than a half of the population suffered from hypertensive disorders followed by sexually transmitted diseases which affects to the 31% of the populace, these are the ones that have most representation in Esmeraldeños citizens. The contents of the prevention guide aim to provide knowledge about the importance of complying with prenatal check-ups and at the same time it is to recognize the main warning signs of danger during pregnancy.

Key words: Preterm labor, maternal causes, fetal causes



Urkund Analysis Result

Analysed Document: TESIS.docx (D34791089)
Submitted: 1/17/2018 10:25:00 PM
Submitted By: jessicaantamba@yahoo.com
Significance: 2 %

Sources included in the report:

YADIRA PAZMIÑO TESIS.docx (D23101467)
Dra. Alicia Taranto Ortiz.docx (D22865899)
IMPRIMIR TESIS ya.docx (D16609480)
<http://www.voltairenet.org/article157889.html>

Instances where selected sources appear:

10